

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

No

151

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roger GAULIER

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 5 Juin 1900 à Charenton (Seine)

LE TRAITEMENT
DES
FISTULES URÉTRO-RECTALES

Président : M. MARION, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roger GAULIER

Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 5 Juin 1900 à Charenton (Seine)

LE TRAITEMENT

DES

FISTULES URÉTRO-RECTALES

Président : M. MARION, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	{ LENORMANT.
	{ CUNÉO.
Clinique chirurgicale	{ GRÉGOIRE.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	{ HOVELACQUE.
	{ MAUCLAIRE.
Professeurs sans chaire	{ MULON.
	{ VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. Neurologie et Psychiatrie
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI .. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimen-
 tale et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N... ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER.....	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER...	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT, agrégé...	
LEDOUX-LEBARD	
WEIL-HALLÉ	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR G. MARION

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
En témoignage de grande reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a longuement prodigué :*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

Externat :

- M. LE PROFESSEUR BROCA (*in memoriam*)
(Enfants Malades)
M. LE DOCTEUR M. PINARD (Boucicaut)
M. LE DOCTEUR APERT (Enfants Malades)
M. LE PROFESSEUR MENETRIER (Hôtel-Dieu)
M. LE DOCTEUR SAINTON (Hôtel-Dieu)

Internat Provisoire :

- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉRI (La Charité)
(*in memoriam*)
M. LE DOCTEUR L. SAUVÉ (Maison Dubois)

Internat Titulaire :

- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BASSET
(Enfants Malades)
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE (Beaujon)
M. LE PROFESSEUR MATHIEU (Bretonneau)
M. LE PROFESSEUR MARION (Lariboisière)
M. LE PROFESSEUR GRÉGOIRE (Tenon)
M. LE DOCTEUR G. LABEY (Lariboisière)
M. LE DOCTEUR CAPETTE (Bichat)

A MM. LES DOCTEURS
GUIMBELLOT, L. MICHON, R. SOUPAULT

MEIS ET AMICIS

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

LE TRAITEMENT DES FISTULES URÉTRO-RECTALES

GÉNÉRALITÉS

— Une grande idée domine la cure des fistules uréthro-rectales : c'est la technique du dédoublement du périnée d'A. Cooper.

— Nous étudierons dans le détail, les différents traitements qui ont été proposés.

— Nous analyserons les observations en mesurant toutes les difficultés de la cure de cette triste infirmité.

— Seules, les notions pratiques retiendront notre attention.

— Nous voulons dégager de ce travail une conduite à tenir en présence des fistules uréthro-rectales fondée sur l'expérience de notre Maître, M. le Professeur Marion, qui a bien voulu nous communiquer toutes ses observations.

Nous terminerons par l'étude de la technique de M. Marion, qui a donné les meilleurs résultats.

Affection rare, difficile à traiter, la fistule uréthro-

rectale a été l'objet de nombreux travaux depuis la guerre.

Les difficultés de traitement sont dues :

1^o Aux conditions spéciales, anatomiques de la région qui, dans un espace réduit, réunit des structures importantes, en intime relation les unes avec les autres et dont une lésion peut amener des perturbations aussi graves que l'incontinence d'urine ou d'excrément.

2^o A l'existence, dans presque tous les cas, de lésions concomitantes du périnée : telles que : des infiltrations chroniques, sclérose et trajets fistuleux qui, supprimant les relations anatomiques normales, rendent difficile le travail de dissection.

3^o A la fréquence de la contamination de la plaie opératoire, cause principale de l'insuccès de ces interventions.

En présence de ces difficultés, on conçoit que la cure de ces fistules exige :

- *des notions d'anatomie*
- *des notions d'anatomie-pathologique,*
- *des notions de physiologie pathologique.*

a) La chirurgie du périnée réclame une grande pratique de la dissection nécessaire à la découverte des plans de clivage.

L'étude de l'anatomie de la région ne peut rentrer dans le cadre de ce travail.

b) Au point de vue anatomo-pathologique il existe 3 types de fistules :

1^o Des fistules faisant communiquer directement l'urètre et le rectum.

Cette variété se rencontre surtout dans les fistules traumatiques.

2^o Les fistules faisant communiquer urètre et rectum par l'intermédiaire d'une cavité purulente : c'est ce qu'on observe le plus souvent dans les fistules consécutives à des suppurations prostatiques.

3^o Des fistules qui non seulement mettent en communication l'urètre et le rectum, mais encore débouchent à la peau du périnée ou des régions ischio-rectales.

Les caractères anatomo-pathologiques de ces fistules seront plus particulièrement étudiés à propos des descriptions des techniques et de quelques cas cliniques.

Cependant l'aspect des lésions doit être connu tout de suite car il mesure les difficultés du traitement.

CLASSIFICATION ET ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

Il existe 3 grands types de fistules uréthro-rectales, classées suivant leur étiologie :

— elles sont très dissemblables dans leur aspect et dans leurs indications thérapeutiques. Ce sont :

- *Les fistules traumatiques.*
- *Les fistules inflammatoires.*
- *Les fistules néoplasiques.*

A cette schématisation classique nous ajouterons 2 variétés rares :

- *Les fistules syphilitiques.*
- *Les fistules congénitales.*

Et d'abord nous éliminons rapidement les *fistules néoplasiques*.

Le cancer de la prostate, comme le montre Hallopian dans sa thèse, se trouve à l'origine d'un certain nombre de ces fistules : carcinose prostatopelvienne surtout, dont Walker, cité par Hallopeau a noté 2 cas avec fistule sur 16 observations.

Le sarcome, plus encore que le carcinome paraît entretenir la fistulisation recto-urétrale en produi-

sant une destruction plus ou moins étendue de la cloison recto-urétrale.

Le cancer du rectum produit beaucoup plus rarement de ces fistules.

Bien entendu il s'agit de lésions incurables : dans certains cas, où l'on peut escompter une assez longue survie, et où l'infirmité est particulièrement pénible, on aura recours à la médication symptomatique et au traitement palliatif de la dérivation.

Un seul fait pratique concernant ces fistules, nous semble intéressant : il convient d'être prudent dans l'exploration de ces malades car on voit souvent les fistules s'organiser après un léger traumatisme, tel qu'un catheter.

Le second groupe des fistules uréthro-rectales comprend les *fistules inflammatoires*.

Le plus grand nombre des fistules uréthro-rectales sont d'origine inflammatoire et succèdent à des prostatites suppurées ouvertes en même temps dans l'urètre et dans le rectum, ou bien ouvertes chirurgicalement dans le rectum alors que l'abcès s'était déjà ouvert dans l'urètre.

Mais avant d'étudier ces lésions inflammatoires, nous voulons dire quelques mots de : *la Tuberculose de la prostate*.

La tuberculose de la prostate peut également donner lieu à la production d'une fistule uréthro-rectale.

Ces fistules se développent par organisation d'une

ou plusieurs cavernes dans le tissu même de la prostate ou dans le tissu périprostatique, d'où résulte une grande complexité dans le trajet de la fistule.

On ne peut rien contre cette tuberculose locale qui, arrivée à ce point de son évolution est incurable.

Ajoutons que cette tuberculose, rarement primitive, est presque toujours secondaire à une tuberculose épидidymaire ou rénale.

Enfin la fistule est quelquefois uréthro-recto-périnéale.

Les *fistules inflammatoires*, consécutives aux suppurations prostatiques, mal dirigées, présentent des caractères particuliers :

Le plus souvent, à la suite des lésions suppuratives, surtout si elles sont très étendues, on trouve des trajets multiples.

La prostate, dans laquelle s'est développé un abcès chaud est creusée peu à peu par la disparition de ses éléments : une caverne en résulte.

Petite ou ample, selon l'état des lésions, cette caverne présente des parois indurées. Tapissées par une membrane pathologique si l'affection est ancienne, rendant difficile un accollement ultérieur, favorisant la persistance du trajet et la tolérance de l'urine, dans cette sorte de « vessie antérieure » et des matières fécales.

Elle forme ce que Guyon a appelé « le carrefour » assimilable au clapier central des fistules uréthro-périnéales. C'est de ce carrefour que partent les trajets, conséquences des fusées purulentes.

Ces galeries fistuleuses peuvent se diriger dans plusieurs directions, entre l'urètre et le rectum, au périnée antérieur généralement, après avoir « doublé » la face postérieure de la prostate, dans les fosses ischio-rectales et même à la cuisse après avoir traversé le trou obturateur.

M. Bazy a vu un cas de fistule prostatorectale avec une cavité allant au périnée vers la racine de la cuisse. La cavité était énorme : rien ne fut fait : le malade était cachectique.

Si à son tour, la loge rétro-prostatique a été envahie par la suppuration, il se forme également « une cavité plus ou moins ample et anfractueuse, limitée en haut par le tissu cellulaire péritonéal épaissi, en arrière par le rectum, en bas par la partie postérieure du ligament de Carcassonne, à droite et à gauche par les attaches rectales des aponévroses latérales de la prostate, en avant par la face postérieure de l'aponévrose prostatopéritonéale » (Forgue).

Si les lésions envahissent les canaux éjaculateurs, le sperme peut s'écouler en partie ou en totalité par le rectum (cas de Gosselin ; cas de M. Bazy) ; même sans érection, s'il y a perte de substance abondante.

Somme toute, l'orifice urétral, bien visible à l'uréthroscopie, siège sur l'urètre prostatique ; il peut être médian, ou latéral : Il est nettement sur un plan supérieur à l'orifice rectal.

Ce dernier presque toujours sus-sphinctérien, plus ou moins large, siège parfois au fond d'un entonnoir,

attiré par l'adhérence urétrale, le plus souvent au milieu d'une muqueuse irrégulière et œdématisée.

Enfin, les tissus qui entourent la fistule sont transformés en une masse scléreuse bien gênante pour le chirurgien.

Les fistules traumatiques sont souvent des fistules simples ou directes. Par suite de l'inflammation consécutive, la distance qui sépare normalement l'urètre membraneux du rectum, est diminuée, ce qui fait que le trajet fistuleux est à peine existant.

Ainsi, l'orifice urétral, parfois véritable fente longitudinale, siège parfois sur l'urètre membraneux : ce sont des fistules basses d'accès relativement facile, surtout quand les tissus sont relativement peu altérés. Cependant le rectum peut être le siège de rétrécissement ou de brides, ainsi que nous le verrons plus loin.

Quant aux *fistules consécutives à la prostatectomie périnéale*, elles ne sont presque jamais bien larges. « Quand elles ont acquis leur volume définitif, après la rétraction cicatricielle maxima qui les a précédées, elle excèdent rarement 7 à 8 millimètres dans le sens le plus large, 1 centimètre au plus, et leurs dimensions dans les autres sens sont souvent de 2 à 3 centimètres au plus. Elles sont donc en général, de forme ovalaire allongée » (Rochet).

L'orifice urétral a un siège constant puisque l'ouverture de l'urètre prostatique fait partie de l'acte opératoire de la prostatectomie. Il correspond à la jonction uréthro-vésicale.

L'orifice rectal n'a pas un siège fixe : il peut siéger très haut ou très bas, dans la région intra-sphinctérienne (White et Martin) ; mais son siège habituel est un peu au-dessus du bord supérieur du sphincter.

— Les fistules consécutives à la prostatectomie hypo-gastrique, sont en général de petites dimensions et directes.

— Enfin, les *fistules traumatiques par plaies de guerre*, présentent certaines caractéristiques, bien étudiées dans des travaux qui ont contribué à mieux faire connaître la question : elles s'accompagnent de lésions complexes : lésions cicatricielles du côté de l'urètre, lésions de destruction du côté du sphincter anal, parfois du côté des vésicules séminales, mais surtout lésions osseuses.

Ainsi donc : fistules néoplasiques, fistules traumatiques et fistules inflammatoires constituent les 3 grandes catégories de malade, que l'on a coutume de rencontrer.

Nous y ajoutons, deux variétés plus rares :

— Et d'abord : *les fistules syphilitiques*.

Ici les lésions apparaissent souvent limitées, cependant la communication s'élargit peu à peu sous l'influence du processus de nécrobiose syphilitique, nous verrons quelle importance prend dans ce cas un traitement spécifique bien conduit.

— Puis, *les fistules congénitales*.

Parmi les fistules curables, il faut comprendre les cas de fistules congénitales dans lesquelles la communication recto-urétrale a persisté malgré les essais opératoires antérieurs et qui nécessitent alors les mêmes traitements que les fistules acquises.

Pour les fistules congénitales, il s'agit généralement d'abouchements anormaux du rectum dans l'urètre, coïncidant avec l'atresia ani (Franck, Carl, Clairmont, Parnie) ; diagnosticables dans les premières heures après la naissance et entraînant généralement la mort.

D'autres fois, mais plus rares encore, ce sont de véritables fistules, c'est-à-dire de simples communications uréthro-rectales, avec persistance du trajet recto-anal.

Dans de tels cas, la difformité peut passer inaperçue pendant les premières années de la vie et est presque toujours compatible avec celle-ci.

Pour nous résumer :

La plupart des fistules se ressemblent quand toute inflammation aiguë a disparu de leur voisinage.

Cependant, en règle :

— Les fistules traumatiques, sont simples, à trajet direct;

— Les fistules inflammatoires ont un trajet plus irrégulier, souvent compliqué de diverticules et de clapiers;

L'examen du malade. — La mesure de l'infirmité

Voici quelques exemples :

1. *L'observation de Gosselin (1843) rapportée par Bérard :*
Fistule uréthro-rectale, suite d'opération de la taille.

Le malade réclame l'intervention parce que le sperme ne sort qu'en très petite quantité par la verge et passe surtout par le rectum ; et qu'ainsi cette infirmité le rend impropre au mariage. Cependant, à cette époque on recule devant l'intervention et le malade garde son infirmité.

2. *L'observation de M. Chauvin (J. Urol., 15 mars 1926) :*

Une fistule uréthro-rectale par laquelle s'écoulait une très petite quantité d'urines, la plus grande partie de ces dernières s'échappant normalement par le méat au moment de la miction. Par contre, les gaz intestinaux s'échappaient aisément par le trajet fistuleux, et faisaient entendre au passage un sifflement particulier, assez sonore pour empêcher le malade, qui était coiffeur, de reprendre son métier.

3. *Papin et de Berne-Lagarde (J. Urol. 25 avril 1927),* citent le cas d'un malade obligé d'aller à la selle, jour et nuit, toutes les 3 heures environ, et cette sorte de miction rectale était précédée de coliques douloureuses dans la région hypogastrique gauche.

3. *Un malade de M. Lejars,* jeune garçon de 5 ans, était constamment mouillé et le liquide s'écoulant d'une façon continue par l'anus, entretenait l'irritation de toute la région.

On se trouve donc en présence d'une infirmité dégoûtante constituée par l'issue de l'urine par l'anus, et des gaz et surtout des fèces par l'urètre. Ces migrations anormales sont la cause d'irritations et d'infections multiples.

L'urine amène des excoriations et des érythèmes de la muqueuse rectale, de la peau de l'anus et des cuisses ; les fèces entretiennent l'infection de l'urètre et de la vessie, avec toutes les conséquences de l'infection urinaire ascendante.

Ces malades peuvent mourir d'infection rénale, et d'ailleurs, cette urine, préalablement infectée par le passage des fèces dans l'urètre et la vessie, est pour la muqueuse rectale une cause d'irritation et de rectite bien plus violente que l'urine normale. Il en résulte un état de cachexie lamentable, de douleurs physiques, de souffrances morales, sans compter les symptômes de la maladie qui a engendré la communication fistuleuse.

Il est évident qu'une telle affection rend impropre au service militaire.

La situation de certains malades arrive à être si désespérée, qu'elle peut les conduire au suicide ; car, en plus de souffrances physiques, ils subissent encore la douleur morale de se voir obligés à réduire ou à suspendre leur vie sociale.

En présence du malade, nous devons répondre à plusieurs questions :

— *La fistule est-elle curable ?*

— *Quel traitement proposer ei à quelle période le commencer ?*

— *L'état du malade vaut-il qu'on entreprenne une grande opération ?*

— *Peut-on promettre un bon résultat ?*

Une observation attentive du malade est donc nécessaire.

Passons rapidement sur les conclusions que l'on peut déduire de l'état général, de l'état des reins, du taux d'urée sanguine et de tous les examens que l'on a coutume de pratiquer avant toute intervention.

Si on décide l'intervention, il faut savoir qu'elle est, en général, longue, minutieuse, d'exécution délicate, réclamant une grande pratique de la chirurgie du périnée.

Mais ce n'est pas une opération grave, hormis certains cas de lésions du rectum qui peuvent conduire à extirper une partie de celui-ci.

L'histoire de la maladie a précisé la nature de la fistule : on a reconnu l'étiologie traumatique ou inflammatoire.

— L'épreuve du temps a montré que toute tentative de guérison spontanée devait être écartée.

— C'est alors qu'un examen attentif indiquera au chirurgien, ce qu'il va rencontrer et ce qu'il peut espérer de sa thérapeutique.

Ces examens prennent une grande importance quand la fistule est de faible calibre et de dimensions réduites.

Dans ce cas le passage de gaz n'existe pas et le passage de l'urine est extrêmement réduit. C'est alors que l'utilisation du spéculum ani, combinée à l'injection de lignes colorés par l'urètre, met en évidence la communication. On peut être amené à préciser le siège urétral ou vésical de la fistule.

L'exploration combinée du trajet avec le stylet introduit par le rectum et le catheter introduit par l'urètre, donnera des renseignements précis sur ce siège.

— On peut encore prendre une radiographie d'un béniqué et d'un stylet mis en place, ce qui donne une image précise de la communication.

— La radiographie, après injection de liquides tels que du collargol, est aussi très précieuse.

Lorsqu'il existe un trajet secondaire s'ouvrant au périnée, c'est-à-dire une fistule uréthro-recto-périnéale, il faudra, pour établir le diagnostic, comprimer avec le doigt l'ouverture périnéale, pendant la miction et s'assurer en même temps que l'urine s'écoule dans le rectum.

On s'assurera par le même moyen si l'urine provient d'une fistule uréthro-rectale ou d'une fistule uréthro-anales, c'est-à-dire s'ouvrant au-dessous du

sphincter de l'anus, et qui n'est qu'une variété de fistule urétro-périnéale.

Nous terminerons cet examen clinique par une exploration qui est d'importance primordiale.

Le toucher rectal :

On peut sentir, tantôt une induration très limitée encadrant l'orifice fistuleux, tantôt un véritable mur calleux, bridant plus ou moins la moitié antérieure du cylindre rectal et constituant parfois un véritable rétrécissement. D'habitude, le doigt rectal ne sent que cette zone indurée sans pouvoir préciser le siège exact de l'orifice fistuleux. Mais si la fistule présente de grandes dimensions, elle devient perceptible à la pulpe de l'index qui peut même dans certains cas y pénétrer.

Tels sont les examens essentiels, auxquels on ajoutera, bien entendu, l'examen des urines souvent très sales et l'examen de la fonction sexuelle.

Si la brèche urétrale est vaste et se complique d'une lésion des conduits éjaculateurs, un écoulement de sperme par le rectum pourra se produire.

Dans certains cas d'interprétation plus délicate on peut être amené à utiliser d'autres moyens d'exploration.

Nous allons citer la progression des examens préconisés par M. Gayet :

- 1^o passage d'une sonde ;
- 2^o injection de matière colorante ;
- 3^o urétroscopie et accessoirement cystoscopie ;

4^o toucher rectal ;

5^o rectoscopie ;

6^o radiographie.

M. Gayet insiste tout particulièrement sur les faits suivants :

1^o Si le calibre urétral le permet, le passage d'une sonde renseignera sur la distance en profondeur de l'orifice urétral. Si l'orifice urétral est très vaste, une sonde fine pourra être engagée dans le trajet fistuleux.

— D'autres fois, un cathétérisme rétrograde, après cystotomie, permettra de relier, la portion prostatique de l'urètre à la portion membraneuse.

— Si le trajet est rectiligne, on arrivera quelquefois à faire émerger par l'orifice une petite sonde fine introduite par l'orifice urétral.

2^o L'injection de matière colorante, qui devra toujours être pratiquée (que M. Gayet considère comme un temps préopératoire), peut être faite directement à l'aide d'une sonde placée dans le trajet fistuleux ou abouchée au trajet par l'orifice urétral, ou indirectement à l'aide d'une injection hydropodermique (bleu de méthylène, par exemple).

Le but de cette injection est double :

a) Affirmer l'existence d'une fistule, si minime soit-elle, entre urètre et rectum.

La présence de bleu de méthylène dans le rectum dissipe tout doute à ce sujet.

b) Renseigner le chirurgien pendant l'intervention, lui indiquer l'emplacement, la forme du ou des trajets et lui en révéler les méandres.

3^o L'urétroscopie renseigne sur la situation en profondeur de l'orifice urétral, sur sa forme, sur ses dimensions, sur l'état de la muqueuse.

M. Le Fur insiste tout spécialement sur l'urétroscopie qu'il signale non seulement comme un procédé d'examen, mais comme un moyen curatif.

M. Gayet est très partisan de la cystoscopie que certains considèrent comme superflue. Elle renseigne sur l'état de la vessie et permet de voir, le cas échéant, une déchirure du col dans le cas de fistule vesicoprostatorectale.

4^o La rectoscopie est le temps complémentaire de l'épreuve au bleu de méthylène, du passage d'une sonde et du toucher rectal. Elle permet l'introduction d'un stylet avant l'intervention chirurgicale.

On se rend compte ainsi de la grandeur de l'orifice, de sa forme, de sa dimension, de l'état de la muqueuse environnante.

5^o La Radiographie doit être pratiquée. Elle renseignera sur la présence ou l'absence du corps étrangers. Elle s'impose quand on est en présence de fistules traumatiques avec complications osseuses, accidentelles ou de guerre.

En résumé, il est en général facile de reconnaître la fistule : mais une indication opératoire ne peut être posée qu'après avoir apprécié la nature de la lésion, et des tissus environnants.

Avant d'aborder la cure chirurgicale il convient d'envisager une dernière question :

LA FISTULE URÉTRO-RECTALE PEUT-ELLE GUÉRIR SPONTANÉMENT ?

A ce propos, on trouve différents avis :

— Ziembicki prétend : « A mesure que la suppuration avance, la rétraction des tissus donne son plein effort et la fistule aboutit à la guérison » (*Congrès de Chirurgie*) 1889.

— Cathelin (Réunion des Chefs des Centres d'Urologie) 1918, admet une guérison spontanée, mais seulement quand la fistule est infirme.

— Actuellement, M. Legueu est formel :

« Les fistules uréthro-rectales ne guérissent jamais spontanément : seules, les fistules très petites, d'origine inflammatoire ou traumatique peuvent guérir spontanément après dilatation de l'urètre.

Et encore cette guérison spontanée est très rare et l'on ne devra pas trop y compter (Segond).

Par sa persistance, par la difficulté à la guérir et par les inconvénients de ses complications, la fistule uréthro-rectale constitue une infirmité déplorable.

Les fistules prostatorectales cependant peuvent guérir spontanément : j'ai vu après la prostatectomie hypogastrique quelques fistules guérir spontanément. Il semble donc qu'il y ait à ce point de vue une réelle différence entre les fistules prostatorectales et les fistules urétrorectales proprement dites (Legueu).

LE TRAITEMENT PROPREMENT DIT DES FISTULES URÉTO-RECTALES

LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Et d'abord, quelques mots du *traitement prophylactique* :

Ce chapitre est inséparable de l'étude du mécanisme de production de la fistule. Pour éviter cette complication il faut voir comment elle arrive.

Les *fistules opératoires* s'observent dans 3 conditions distinctes (Legueu) :

— Il a y d'abord les fistules au cours d'un cathétérisme maladroît ou violent : c'est très rare.

— Beaucoup plus importante, comme facteur étiologique était autrefois l'opération de la taille périnéale ou de la taille recto-vésicale.

— Mais la grande cause actuelle des fistules uréthro-rectales fut la prostatectomie périnéale et est encore l'ouverture des abcès prostatiques par le périnée.

Il s'agit alors d'une blessure du rectum produite par le chirurgien au cours même de l'opération : ce sont

là des fistules primitives, par opposition aux fistules secondaires ou tardives (Legueu) qui surviennent dans les jours qui suivent l'intervention et sont dues à la chute d'une escarre plus ou moins étendue de la paroi antérieure du rectum : soit qu'on ait lésé des vaisseaux importants ou mis en place un drain traumatisant.

La suture immédiate de l'ouverture rectale ne met pas à l'abri de la fistule primitive : l'infection de la plaie et du milieu intestinal se combinent pour entraver la réunion.

Actuellement, on voit encore la fistule recto-prostatique à la suite de prostatectomie hypogastrique, alors que des phénomènes inflammatoires avaient causé une adhérence particulière du rectum à l'adénome.

En fait, ces accidents sont de plus en plus rares depuis que les techniques d'intervention sur le périnée se sont perfectionnées.

L'ouverture du rectum peut être évitée à condition de bien prendre ses repères :

— Sonde dans l'urètre.

On doit rester près de l'urètre et plutôt mordre sur le bulbe que de léser le rectum.

La découverte du petit muscle recto-urétral permet de cliver l'espace décollable pré-rectal : une valve aide beaucoup à ce travail en même temps qu'elle récline et protège le rectum.

La mise en évidence de l'angle drèdre qui permet de

bien reposer la prostate d'où s'écarte le rectum, évite toute confusion anatomique.

Enfin, en cas de doute, le chirurgien suivra le précepte de Guyon et introduira un doigt dans le rectum, afin de mieux le faire saillir.

Les fistules qui font suites aux collections purulentes de la prostate et de la zone péri-prostatique, nous arrêteront davantage.

M. Segond, a montré, dans sa thèse inaugurale, qu'une incision hâtive de ces abcès, au premier indice de suppuration, pouvait les prévenir. Il ne faut pas attendre que l'on perçoive la fluctuation.

« Du côté du rectum, le premier indice de suppuration se traduira par cette sensation de dépressibilité spéciale, analogue à celle que donnerait un petit carré d'étoffe mal tendu sur un cadre rigide. C'est un petit point mou que la pulpe du doigt rencontre en explorant la plaque dure du phlegmon ou la convexité non moins résistante de la prostate enflammée.

La propagation périnéale se révélera au doigt par l'extension des limites inférieures de l'empatement périprostatique, au-dessous du niveau de l'aponévrose moyenne.

L'intensité du point douloureux prérectal sera même très significative, et lorsqu'il existe en même temps de l'œdème périnéal, on ne doit conserver aucun doute. Quant aux sensations perceptibles par le cathétérisme elles se réduisent à la notion d'une sorte de résistance kystique difficile à bien apprécier.

L'état général du malade, l'acuité des douleurs, l'apparition de petits frissons, l'intensité de la fièvre devront à leur tour contribuer au diagnostic. »

— Depuis Guyon, l'incision périnéale est considérée comme la meilleure voie d'abord des collections prostatiques.

— *L'ouverture par le rectum* donne de bons résultats : mais elle expose aux hémorragies et ne peut se pratiquer que si la collection bombe beaucoup dans le rectum. Enfin, elle est formellement contre-indiquée si l'abcès est déjà ouvert dans l'urètre : sinon il s'ensuit une fistule uréthro-rectale.

— *Quant à la voie urétrale*, c'est la moins recommandable. Certains chirurgiens évitent même de placer une sonde dans l'urètre par crainte d'ouvrir un abcès encore bien collecté.

Enfin, il convient de noter que parmi les causes susceptibles d'entraîner une fistule uréthro-rectale, il faut tenir compte des rétrécissements, surtout des rétrécissements serrés.

Ces lésions réclament une intervention dès qu'on a constaté leur présence. Il est très important de lever l'obstacle qui permet, après l'envahissement de l'urètre, la propagation de l'inflammation aux régions péri-urétrales et péri-prostatiques.

Signalons encore que tout récemment, M. Heitz-Boyer insistait sur la prudence avec laquelle il faut pratiquer les opérations d'endoscopie par courants

de haute fréquence, quand on cherche à mettre à plat les cavernes prostatiques, si proches de la paroi rectale.

Tels sont les points essentiels du mécanisme de production des fistules uréthro-rectales, qui nous conduisent à éviter cette grave infirmité.

Après le traitement prophylactique, étudions le traitement curateur.

LE TRAITEMENT PROPREMENT DIT

En fait, le contraste est grand entre la multiplicité des causes et le peu de fréquence avec laquelle on observe dans la pratique les fistules uréthro-rectales acquises.

Ceci est dû, comme nous venons de le voir, au perfectionnement des techniques opératoires de la région périnéale et à la plus grande efficacité des traitements modernes des infections en général, surtout de la tuberculose et de la syphilis, ce qui contribue à diminuer le nombre des complications uréthro-prostato-rectales, et par conséquent, des fistules qui en sont la conséquence.

Pourtant, on peut encore parfois observer des fistules d'origine tuberculeuse ou syphilitique.

Si les fistules tuberculeuses sont devenues plus rares, c'est que la pratique de l'ablation chirurgicale des reins et des épидidymes atteints de tuberculose fait régresser les lésions prostatiques.

En tout cas, retenons que la fistule uréthro-rectale d'origine tuberculeuse est incurable.

Nous nous attacherons davantage aux *lésions syphilitiques*.

Le chirurgien doit y penser, dans certains cas : c'est d'un grand intérêt pronostic et thérapeutique. Voici une observation publiée par le Professeur P. Delbet.

Dans ce cas, comme dans les autres cas connus, le début de la communication anormale est toujours insidieux, et l'étiologie n'est soupçonnée qu'en raison de ce début insidieux, et n'est établie que par l'effet rapidement curatif du traitement spécifique. Dans l'observation de M. Delbet, donc, la fistule survient, en pleine santé apparente :

« Le malade, plus amusé qu'effrayé par l'issue bruyante de gaz par l'urètre, en tirait vanité, dit-il, devant ses camarades. Mais bientôt des matières fécales passèrent aussi et une cystite se déclara. En effet, la communication s'élargissant sous l'influence du processus de nécrobiose syphilitique, la fistule livrait passage aux fèces, qui refluerent même dans la vessie, car la fistule était haute sur l'urètre. »

Ainsi ces fistules syphilitiques progressent régulièrement et leur calibre s'accroît, par suite de l'extension progressive des lésions ; mais le diagnostic causal étant fait, et le traitement spécifique appliqué, la fistule rétrocede aussitôt, et le traitement chirurgical, généralement indispensable pour remettre la région en état, nécessite une intervention beaucoup moins étendue et beaucoup plus souvent couronnée de succès (DELBET : *Fistule uréthro-rectale*. *Bulletin Médical*, 25 mars 1911).

Arrivons au fait :

On peut classer les procédés de traitement en 3 groupes :

1^o Dédoublement du périnée et fermeture isolée des 2 orifices muqueux.

2^o Intervention qui complètent la précédente en s'efforçant de détruire la correspondance entre les orifices fistuleux.

3^o Interposition.

Nous citons simplement de petits moyens, tels que : calibrage de l'urètre, cautérisation du trajet, fermeture de l'orifice rectal, etc.

A part le premier, qui est toujours utile, il servent surtout à déguiser notre expectative.

M. Marion, envisage nettement 2 catégories de fistules, différentes au point de vue thérapeutique :

- Les fistules sans rétrécissement du rectum.
- Les fistules avec rétrécissement du rectum.

En tout cas, avant d'entreprendre une cure de fistule, il faut bien distinguer les fistules traumatiques des fistules inflammatoires.

— Le pronostic des lésions inflammatoires est bien plus réservé quant au résultat de l'intervention en raison du mauvais état des tissus périnéaux.

— Heureusement, dans la plupart des cas, qui sont ceux d'origine traumatique accidentelle ou opératoire, une fois passée la période de réparation des lésions occasionnées par le traumatisme, tout est réduit à la formation d'un court trajet fistuleux recto-urétral d'une cure relativement plus aisée.

LES CAS RÉCENTS

LA BLESSURE URÉTRO-RECTALE :

Blessures opératoires.

Blessures de guerre.

Il y a des cas, où l'on peut obtenir la guérison par les moyens les plus simples, comme il arrive dans les fistules d'origine traumatique par blessure directe et simultanée de l'urètre et du rectum, et dans quelques-unes produites par un traumatisme opératoire.

Dans des cas semblables, la suture immédiate de l'urètre et du rectum, la pose d'une sonde permanente et le tamponnement de la blessure prinéale peuvent suffire pour obtenir la cicatrisation de la brèche urétrale, en remarquant que celle du rectum finit par se fermer pendant le processus de cicatrisation de périnée par bougeonnement. Mais il s'agit ici réellement de simples plaies, sans véritable fistulisation. Quand celle-ci s'est produite définitivement, en établissant une communication permanente entre l'urètre et le rectum, ces moyens simples sont insuffi-

sants pour obtenir la guérison et il faut recourir à des procédés chirurgicaux plus radicaux sans perdre de temps à essayer les cautérisations ou certaines techniques anciennes comme celles que conseillent Tillany et Emonet, qui, utilisant la voie rectale, opéraient les fistules uréthro-rectales de la même façon que les fistules vésico-vaginales, par dédoublement et suture.

— A propos des fistules uréthro-rectales par blessures de guerre nous lisons dans les archives urologiques de Necker (*Velidjanidi* : 1919).

« La fermeture spontanée étant très fréquente, il ne faut pas se presser pour intervenir sur la fistule elle-même ; il faut pratiquer la dérivation des urines par une cystotomie sus-pubienne médiane et attendre que les plaies des parties molles par des soins appropriés (débridements, pansements antiseptiques) se nettoient et se cicatrisent. Il faut pratiquer cette cystotomie de dérivation toujours de bonne heure, et si le blessé n'urine pas, d'urgence.

Du côté du rectum et du sphincter anal nous n'avons pas grand'chose à faire. La dérivation des matières est inutile, leur évacuation se faisant facilement. Tous nos blessés ont guéri sans l'anus contre nature. Les soins de propreté et les pansements antiseptiques suffisent.

La question de l'urètre est la plus importante à assurer lorsque la cystotomie a été faite. Il faut, en effet, empêcher la formation d'une sténose et traiter celle qui se serait déjà réalisée. Si on arrive à passer une sonde dans le canal, il est préférable de la laisser à demeure. Sur cette sonde la cicatrisation de la plaie uréthro-rectale se fait mieux. Dans certains cas on peut être amené à pratiquer le cathétérisme rétrograde.

La sonde à demeure dès le début facilite la fermeture

de la fistule. Ensuite, il faut s'occuper de maintenir le calibre de l'urètre et de le dilater progressivement à des intervalles réguliers, car la dilatation est de nature, quand elle est possible, à favoriser la fermeture de la fistule.

Dans les cas où le rétrécissement urétral est infranchissable soit parce que dès le début on n'a pu mettre une sonde à demeure, soit parce que le blessé est arrivé trop tard, il faudra pratiquer toujours, l'urétrotomie externe, et c'est au cours de cette opération qu'on sera tout naturellement amené à traiter la fistule par la voie périnéale et à constituer cette indépendance des 2 orifices qui est la condition de leur oblitération.

Dans les cas où la fistule n'est pas très grande et où le rétrécissement a pu être vaincu par la sonde à demeure ou par la dilatation, il y a intérêt à ne pas trop se presser pour pratiquer l'opération sanglante, les choses peuvent s'arranger d'elles-mêmes et la fistule se tarir spontanément sous l'influence seule de la dilatation de l'urètre. »

M. Le Fur, distingue plusieurs catégories de blessures.

« Au début de la blessure, dans les heures ou les deux ou trois jours qui suivent, il n'existe encore ni inflammation ni induration des tissus, les orifices et le trajet de la fistule seront ordinairement plus facilement trouvés et suivis.

Quand il existe des plaies anale ou périnéale, celles-ci doivent être largement exposées et explorées ; il ne faut pas craindre de se donner du jour, d'inciser largement le périnée, de découvrir largement les 2 blessures de l'urètre et du rectum, surtout s'il s'agit d'une fistule de la région membraneuse ou prostatique de l'urètre.

On procédera alors, soit à la suture primitive de l'urètre et du rectum, si les tissus ne sont pas trop mâchés et contus,

après extirpation prudente des parties lésées par le traumatisme et fermeture de la plaie périnéale, soit au pansement à plat du trajet intermédiaire aux 2 orifices, après écartement des 2 orifices de la fistule, destruction de leur parallélisme, et interposition d'une couche musculaire du périnée ou d'un pansement serré. Quand il n'existe pas de plaie périnéale, mais que l'on est certain de l'existence d'une plaie recto-urétrale, surtout s'il existe un projectile (éclat d'obus ou balle) il faut toujours intervenir par la voie périnéale, à la fois par une incision périnéale médiane et transversale prérectale, afin de se donner beaucoup de jour, et si l'on ne trouve pas les tissus en trop mauvais état, procéder avec un grand soin à la suture primitive de la plaie de l'urètre et du rectum, surtout de cette dernière qui est la plus difficile à obtenir, puis à la fermeture du périnée sans drainage ou avec un léger drainage.

S'il existe un hématome périnéal, il faut vider le périnée du sang et des caillots qu'il contient, et si l'on trouve les tissus trop contus ou meurtris, se contenter d'éloigner les 2 plaies urétrale et rectale et d'interposer un pansement à plat qui maintiendra leur écartement.

Nous conseillons dans tous les cas, de toujours suturer la plaie rectale et de faire plusieurs étapes de sutures, et nous recommandons surtout, en cas de tissus contus, de ne pas faire de suture du périnée, mais un large drainage, car, dans ces cas mauvais l'hémorragie et l'hématome se reproduisent alors presque fatalement et le résultat obtenu est beaucoup plus mauvais qu'avec un simple pansement à plat.

Dans le cas où la plaie rectale se trouve située bas, à peu de distance au-dessus de l'anus, nous conseillons de sectionner immédiatement le pont de peau et la portion d'anus qui sépare la plaie rectale de la périnéale, puis de reconstituer la paroi ano-rectale et le sphincter anal, car, outre qu'il n'y a pas à craindre dans de pareils cas de

sérieuse incontinence du sphincter, nous avons remarqué que la plaie se cicatrisait toujours mal sous ce pont et que la fistule recto-urétrale persistait toujours à ce niveau.

Naturellement, quand la blessure recto-urétrale s'accompagne de rétention d'urine et que le sondage est impossible, ce qui est la règle, la taille hypogastrique doit être pratiquée d'urgence et l'on doit en profiter pour pratiquer immédiatement le cathétérisme rétrograde avec mise à demeure d'une sonde urétrale. Il faut en plus introduire dans le rectum une grosse sonde rectale entourée de gaze stérilisée qui aura le double avantage de permettre l'évacuation des gaz et de protéger la blessure rectale du contact des matières fécales, ce qui ne peut que favoriser sa cicatrisation. Le blessé sera constipé pendant 8 à 10 jours. »

Convient-il de pratiquer un anus ?

On conçoit que, dans les premières heures qui ont suivi la blessure, les chirurgiens aient pensé qu'une colostomie par anus iliaque enlèverait au foyer traumatique la plus grave des sources d'infections, et faciliterait la guérison spontanée des perforations recto-vésicale et uréthro-rectales.

On peut conclure que la dérivation intestinale par colostomie ne répond qu'à des indications exceptionnelles (lésions complexes : rectales et sphinctériennes).

En résumé :

Dans tous les cas compliqués de lésions uréthro-périnéales étendues ou de lésions osseuses ou de lésions recto-anales, l'association de la cystostomie et de la périnéotomie large et profonde, constitue le traitement de choix :

— Traitement de choix immédiat, parant à l'urgence et permettant parfois une réparation urétrale par suture ;

— Traitement de choix tardif, contre toutes les séquelles fistulaires et ostéitiques, permettant toutes les réparations et autoplasties secondaires.

La cystostomie doit être maintenue jusqu'à guérison complète des lésions.

LES PETITES FISTULES : LES CAS RÉCENTS

Dans les cas récents : alors que la fistule date de quelques jours, quelques semaines seulement, si l'orifice n'est pas très considérable, on peut essayer d'obtenir l'oblitération en empêchant le passage des urines par la fistule.

Un officier soigné par Thompson se guérit en urinant à plat-ventre ou en position genu-pectorale pendant plusieurs semaines.

Guyon a obtenu quelques succès par la sonde à demeure ou les cathétérismes répétés.

Ces 2 procédés, quoique différents, aboutissent au même résultat qui est le détournement de l'urine, c'est-à-dire un ensemble de mesures propres à détourner l'urine de la fistule.

Mais s'il peut être jusqu'à un certain point facile ou tout au moins réalisable d'empêcher l'urine de se déverser dans la fistule et d'obtenir par ce procédé l'oblitération du trajet, tous les auteurs s'accordent à reconnaître qu'il n'existe pas de moyen réellement efficace pour empêcher les fèces et les gaz de s'engager dans la fistule et de refluer jusqu'à l'urètre.

Les mèches autrefois proposées pour bourrer le rectum jusque au-dessus de l'orifice fistuleux sont intolérables pour les malades, et d'ailleurs elles provoquent une

rétenition fécale et gazeuse dans l'ampoule rectale, et par conséquent élèvent la pression du contenu intestinal qui n'en a que plus de tendance à s'engager dans la voie fistuleuse.

On a proposé de grosses sondes ou canules (Cocteau) destinées à recueillir les matières et les gaz dans la région sus-ampullaire et à les conduire hors de l'anus, en leur évitant tout contact avec l'orifice fistuleux. En fait, ce qui est bien préférable c'est de prévenir la réplétion du rectum par des irrigations toniques.

Que faut-il penser des cautérisations ?

On peut quelquefois obtenir l'oblitération par la cautérisation ignée pratiquée par l'orifice rectal.

— Guyon a pu fermer, à l'aide de 3 cautérisations au thermo, pratiquées à 8 jours d'intervalle, une fistule datant de plus d'un an.

— Thompson a pu de même réussir par le galvanocautère en introduisant l'anse froide dans le trajet et faisant alors passer le courant pour rougir le fil.

Ces procédés de cautérisation ne sont guère applicables que dans des cas relativement rares, et la plupart du temps, c'est à l'intervention sanglante qu'on aura recours.

Citons pour terminer l'opinion de M. Chevassu :

« Beaucoup de petites fistules guérissent sous l'influence d'un traitement spécifique. Quand on voit une de ces fistules dans les premiers temps de son établissement, je ne crois pas que la conduite la meilleure soit de l'opérer le plus vite : des moyens simples peuvent permettre à un certain nombre d'entre elles de se cicatriser sans opération. »

LES FISTULES ORGANISÉES

Ziembicki distingue 3 classes :

1^{re} classe : fistules inopérables, consécutives aux cancers de la région (prostate, rectum), et aux cavernes tuberculeuses de la prostate.

2^e classe : fistules « dont le trait caractéristique est de suppurer encore quand on est appelé à les traiter et qui ont comme origine les processus inflammatoires ou traumatiques divers qui peuvent s'être produits dans la région ».

3^e classe : fistules caractérisées par l'absence de toute suppuration et par le fait d'une perte de substance bien définie avec orifices et trajets cicatriciels.

Elle sont généralement l'aboutissant des fistules de la 2^e classe contre lesquelles les moyens employés se sont montrés inefficaces.

Il faut également y comprendre les cas de fistules congénitales dans lesquelles la communication recto-urétrale a persisté malgré les essais opératoires antérieures et qui nécessitent alors les mêmes traitements que les fistules acquises.

MOYENS DIRIGÉS CONTRE LES FISTULES
DE LA 2^e CLASSE.

Tout d'abord, tant qu'il y a suppuration, le rôle du chirurgien est limité.

« Car, à mesure que la suppuration tarit, la cicatrisation avance, la rétraction des tissus donne son plein effet, et la fistule aboutit à la guérison, » (ZIEM-LICKI, *Congrès de Chirurgie*, 1889).

Nous savons que l'oblitération ne se produit que dans les cas récents, quand les trajets n'ont pas encore eu le temps d'aboutir à la sclérose, c'est-à-dire, quand ils n'ont pas encore « la signification anatomo-pathologique d'une fistule vraie ».

C'est donc une terminaison très rare : il serait téméraire de compter sur elle et de temporiser, car les tissus s'indurent rapidement et il est déjà tard pour agir.

« Il faut en oublier la possibilité et intervenir dans tous les cas » (Segond).

AU DÉBUT : il faut aider la nature dans son travail réparateur; 3 indications :

1^o *Bien établir la perméabilité du canal.* Il faut bien savoir que toute tentative de traitement dirigé contre la fistule ne saurait aboutir du moment que l'urine arrêtée entretient l'inflammation par son action irritante.

2^o *Détourner l'urine de la fistule* et empêcher le

contact des matières fécales, (sonde à demeure et lavage rectaux).

3^o *Modifier les parois* et les rendre propres à la cicatrisation, (cautérisation).

Bien souvent on n'obtient qu'une diminution de l'ouverture rectale et l'infirmité persiste.

Dans ces cas de fistules rebelles, larges, stationnaires, perméables parce qu'elles sont organisées, on est autorisé à intervenir, en convenant de certaines réserves sur le résultat immédiat, car on peut être amené à pratiquer des réinterventions dans les cas difficiles.

Nous sommes ainsi conduits à examiner les différentes méthodes opératoires qui conviennent à notre 3^e classe de fistules et auxquelles on doit souvent recourir pour celles dont nous venons de parler.

MÉTHODES OPÉRATOIRES

3 voies d'accès ont été décrites :

- La voie urétrale ;
- La voie rectale ;
- La voie périnéale.

Nous éliminerons rapidement les deux voies urétrale et rectale, pour nous consacrer surtout à l'étude de la voie périnéale qui est très supérieure.

I. — VOIE URÉTRALE :

Les procédés à voie d'accès urétrale se réduisent aux cautérisations urétroscopiques. Ce traitement vient d'être repris par Le Fur.

Mais le champ opératoire est très limité et ne permet guère d'escompter une cure efficace.

II. — VOIE RECTALE.

1^o On ne peut guère citer que pour mémoire le procédé imaginé par Pouteau et conseillé par Desault, et qui consiste à traiter la fistule comme une fistule à l'anus, *en incisant le sphincter anal* et la partie

inférieure du rectum jusqu'à l'orifice de la fistule ; ce délabrement vraiment trop considérable avait pour objectif d'ouvrir une large voie aux fèces, et de les détourner ainsi du trajet fistuleux.

C'est seulement au cas où la fistule comporterait un embranchement périnéal qu'on pourrait être autorisé à réunir d'un coup de bistouri le trajet fistuleux avec la cavité rectale, par l'opération classique de la fistule à l'anus. La réunion se ferait alors par bourgeonnement, comme dans les cas de fistule à l'anus, pendant que le port d'une sonde à demeure ou l'usage du cathétérisme régulièrement pratiqué assurerait le détournement de l'urine.

2^o *Les cautérisations :*

Guyon a utilisé le thermocautère, avec succès :

Thompson donne la préférence à l'anse galvanique. On peut introduire le galvano cautère et le mettre en place sans qu'il soit porté au rouge. M. Bazy l'a utilisé.

« L'ouverture fistuleuse s'agrandit davantage qu'après l'application de caustiques, mais la réaction cicatricielle est beaucoup plus considérable » (Devin).

On s'est servi encore de l'électrolyse positive et Tédénat conclut :

« On sait que si la cautérisation a pu quelquefois, rétrécir le trajet, rarement elle l'a oblitéré complètement. On a vite dit qu'il faut rôtir au thermo l'orifice rectal de la fistule : il est plus malaisé d'apporter des faits démontrant l'efficacité de cette pratique. »

En résumé : quand la fistule est très petite, on peut quelquefois en obtenir l'oblitération par la cautérisation ignée, pratiquée par l'orifice rectal, cet orifice étant mis en évidence par une valve de Sims.

3^o *La suture par voie rectale.*

C'est une application de la méthode autoplastique. On se propose d'obturer l'orifice rectal de la fistule. Ce procédé est analogue au procédé américain pratiqué pour la fistule vésico-vaginale.

Nous la résumérons ainsi avec Tillaux :

« Le sujet étant dans la position de la taille, déprimez la paroi antérieure du rectum avec un spéculum de Sims de manière à bien mettre à découvert l'orifice fistuleux. Détachez la muqueuse rectale jusqu'à 2 centimètres au-dessus de la fistule. Attirez en bas cette espèce de tablier et suturez-le à la lèvre inférieure de la fistule de façon que cette dernière soit bien recouverte par la partie médiane du lambeau.

Une sonde à demeure sera maintenue dans l'urètre jusqu'à guérison complète et on fera en sorte que le malade n'ait pas de selles pendant 5 à 6 jours » (Tillaux, *Chirurgie clinique*, t. II).

— Duplay eut recours au procédé autoplastique et obtint un succès :

« Il aviva une grande surface de la muqueuse rectale tout autour de l'orifice fistuleux, disséqua un seul lambeau d'un côté et le sutura après l'avoir rabattu sur la perte de substance » (DEVIN, *in Thèse*).

La voie rectale, autrefois employée par Tillany, Thompson, Emmonet, avait pour but de traiter la fistule comme une fistule vésico-vaginale, par dédoublement et suture ; on pratiquait comme 1^{er} temps la dilatation forcée de l'anus, et sous les yeux, on avivait et on suturait la fistule. Mais les échecs étaient fréquents, et l'incontinence fécale due à la dilatation du sphincter persistait parfois un certain temps, ajoutant ses inconvénients à la triste infirmité de la fistule.

Thompson recommande ce procédé : il préconise l'avivement des bords de la fistule et leur réunion par une suture métallique.

En fait, l'un des temps difficile est l'avivement ; une hémorragie assez dangereuse peut se produire, gênant beaucoup les manœuvres.

En outre, on est obligé d'agrandir la fistule, par cela même que l'on avive, ce qui rend les sutures très difficiles, et, de plus, la mauvaise constitution du sujet, peut empêcher une réunion immédiate.

Ce sont ces considérations qui ont conduit Verneuil et Guyon à préconiser la réunion secondaire :

« Aviver, non avec l'instrument tranchant, mais avec des caustiques et réunir les surfaces bourgeonnantes par des points de suture au fil d'argent ».
(Guyon)

QUE FAUT-IL PENSER DE LA MÉTHODE
AUTOPLASTIQUE PRATiquÉE PAR VOIE RECTALE ?

Elle a donné quelques succès, mais plus souvent des revers. Malgré les instruments spéciaux dont parle Thompson, il faut reconnaître que l'on aborde difficilement la fistule. Devin, a bien proposé quelques améliorations :

Il pense qu'on évitera l'écoulement sanguin par l'emploi du thermocautère et que l'on se donnerait du champ en débridant largement l'anوس avec le galvano-cautère soit vers le coccyx, soit, ce qui serait peut-être préférable du côté des bourses.

En réalité, ces procédés autoplastiques échouent très souvent. La grande cause de ces échecs, c'est d'abord l'exiguïté du champ opératoire.

De plus, la fistule forme très souvent une infundibulum à sommet dirigé vers la prostate et l'avivement régulier, conique, offre de sérieuses difficultés.

Enfin, l'infection par les gaz et les matières, exerce une influence délétère sur la plaie fraîchement réunie et compromet la première intention plus sûrement que le passage de l'urine.

Aussi bien, la voie périnéale apparaît comme un grand progrès dans la cure des fistules urétro-rectales.

LA VOIE PÉRINÉALE

Et d'abord :

L'OPÉRATION D'ASTLEY-COOPER.

Cette opération qui pose le principe du dédoublement de la paroi recto-urétrale, doit être considérée comme la grande méthode de cure des fistules.

Voici comment Cooper la décrit :

« Après avoir placé un cathéter dans la vessie, j'introduisis le doigt dans le rectum et j'incisai, comme pour l'opération de la pierre, sur le côté gauche du raphé, jusqu'à ce que je sentisse la sonde travers le bulbe. Je plongeai alors un couteau à 2 tranchants dans le périnée entre la glande prostatique et le rectum, ayant l'intention de diviser ainsi la communication fistuleuse établie entre l'urètre et l'intestin. Une mèche de charpie fut introduite dans la plaie et un cataplasme fut appliqué par-dessus. Lorsque la charpie fut retirée, on s'aperçut que l'urine coulait à travers l'ouverture pratiquée dans le périnée. L'ouverture fistuleuse du rectum se ferma graduellement, et celle du périnée se cicatrisa ensuite promptement. Dès lors, l'urine reprit entièrement son cours naturel. Jamais depuis cette époque, l'urine ne s'est déviée de sa voie

naturelle ». (A. COOPER, *Œuvres chirurgicales*, trad. par Chassaignac et, Richelot, Paris, 1837).

3 idées fondamentales sont à retenir, et qui serviront de bases aux autres méthodes :

1^o Séparation du rectum de l'urètre pour les éloigner l'un de l'autre après section du trajet fistuleux.

2^o Séparation des 2 orifices non suturés, pour qu'ils se cicatrisent isolément.

3^o Dérivation large par le périnée dont la plaie n'est pas suturée.

M. Fayet et Bazy utilisent avec succès la méthode. D'autres cas ont été publiés, mais avec des modifications dans le manuel opératoire.

Cependant, à mesure que se multiplient les applications de la méthode de Cooper, une nouvelle idée a germé : la suture des orifices.

On ne se contente plus de dédoubler l'espace recto-urétral ; on tente la suture isolée des orifices.

PROCÉDÉS DE DÉDOUBLEMENT AVEC SUTURE DES ORIFICES

Nous verrons, chemin faisant, que la suture des orifices ne va pas sans quelques difficultés.

D'une manière générale, on peut dire, ainsi que l'enseigne M. Marion, que l'orifice rectal est de beaucoup le plus important à traiter, quant au résultat final de la cure de la fistule.

Mieux vaut également suturer l'orifice urétral, mais la suture de ce dernier entre pour une bien moins grande importance dans le résultat final. D'une façon un peu trop schématique peut-être, on pourrait dire : le rectum est tout, l'urètre n'est rien.

Reprenons maintenant les principaux travaux sur cette méthode de traitement :

Dittel (de Vienne), cité par M. Lejars, essaya en 1881, de suturer l'un des 2 orifices, l'orifice rectal chez deux de ses malades, l'orifice urétral chez un troisième.

Chez les 3 opérés de M. Dittel, la suture manqua et l'oblitération des 2 orifices fistuleux se fit lentement

par le travail progressif de la cicatrisation. Deux d'entre eux au moment de leur sortie perdaient encore un peu d'urine par le rectum.

Tédénat, en 1887, employa un procédé qui se rapproche de celui de Cooper, mais il sutura les 2 orifices.

Après une incision prérectale, avec incisions latérales postérieures un peu obliques vers la ligne médiane, longue de 3 centimètres, il fit la séparation de l'urètre et du rectum. Cette séparation fut prolongée jusqu'à 2 centimètres au-dessus des orifices fistuleux. L'avivement fut fait infundibuliforme allongé dans le sens de l'intestin. Les incisions latérales furent seules suturées et dans la plaie périnéale béante on tassa de la gaze iodoformée. Le malade guérit.

— Tillaux préconise déjà l'*indépendance des orifices* : principe capital dans la réussite de ces interventions comme nous le verrons plus loin.

Si la prudence a pu conseiller de panser à plat, comme à la suite de prostatectomie périnéale ou à la suite d'abcès de la prostate, en raison du mauvais état des tissus, cette précaution n'est pas indispensable toujours et l'on peut faire mieux.

M. Legueu, dans une opération devenue classique, intervenant sur une fistule traumatique due à un empalement sur une dent de herse, réussit à suturer le corps périnéal par des sutures étagées, réunissant

les différents plans. Il obtint ainsi une réunion complète par première intention :

Il faut donc accepter avec réserves, cette opinion de M. Auger : « Il semble que ce soit un élément de sécurité et de succès de maintenir à distance les 2 lignes de suture et de ménager une voie de dérivation tout ouverte, si l'une d'elles vient à manquer ; autrement, il se produira une reconstitution du trajet fistuleux dans la profondeur ». Au fond, tout cela est affaire d'indications, comme nous le verrons en suivant la technique de M. Marion.

Ainsi, le grand mérite d'A. Cooper, a été de poser, le premier de tous, en principe, qu'il fallait rendre indépendants les deux orifices rectal et urétral et poursuivre leur guérison séparément par voie périnéale.

Ainsi naquit le procédé du dédoublement adopté par Quénu et Hartmann et par Legueu.

Dans ce procédé, qui est certainement le meilleur, quand il est réalisable, on incise le périnée transversalement comme pour une taille pré-rectale, en ayant soin de dépasser les limites de la fistule. On excise le trajet et on suture rapidement les 2 orifices urétral et rectal.

Voici le description donnée par M. Velidjanidi, rapportant 10 observations de M. Legueu (*Archives urologiques de Necker*, t. II).

— 1^o Incision périnéale transversale allant d'une tubé-

rosité ischiatique à l'autre et passant à 2 centimètres en avant de l'anus.

— 2^o Incision des différents tissus plus ou moins cicatriciels, décollement et séparation de l'urètre et du rectum jusqu'à la fistule.

— 3^o Incision transversale de la fistule et séparation totale de l'urètre et du rectum.

— 4^o Avivement et suture à la soie fine de l'orifice rectal de la fistule.

— 5^o Recherche du bout antérieur de l'urètre en avant de la fistule par un cathéter urétral et du bout postérieur par le cathétérisme rétrograde à l'aide du cathéter courbe de Farabeuf.

— 6^o Excision des rétrécissements de l'urètre en avant et en arrière de la fistule.

— 7^o Réparation de l'urètre avec suture si possible, ou sur une sonde qu'on peut laisser à demeure.

— 8^o Tamponnement de la plaie.

INDICATIONS OPÉRATOIRES DE LA MÉTHODE DE COOPER

La plupart des chirurgiens, sauf dans certains cas d'autoplasties compliquées, sont restés fidèles à la méthode de Cooper, soit dans sa technique d'origine soit avec des modifications.

La seule opération de Cooper répond bien aux lésions inflammatoires.

Pour les fistules consécutives à la prostatectomie dit Legueu, la recherche du plan de clivage, à une grande profondeur, dans un foyer d'induration, n'est pas sans difficultés.

Au-delà, que faut-il faire ?

La suture isolée des 2 orifices est bien aléatoire : si la fistule est peu élevée, il vaut mieux l'exciser et abaisser la paroi rectale à l'anus, comme nous le verrons plus loin.

Si la fistule rectale est trop haute pour pouvoir être abaissée, mieux vaut, dans ces cas, suturer les 2 orifices et laisser ouvert le périnée.

Quant aux fistules de guerre, nous voyons que Velidjanidi et Le Fur ont tiré les meilleurs résultats de l'application du dédoublement.

L'OPÉRATION DE ZIEMBICKI

L'opération de Cooper et celle de Tillaux, conduisent à l'opération de Ziembicki, l'une parce qu'elle mobilise le rectum et fait la suture isolée des 2 orifices, l'autre parce qu'elle préconise la destruction du parallélisme entre ces orifices.

— M. Ziembicki (de Lemberg), après avoir opéré 5 fois un malade atteint de fistule uréthro-rectale, par toute une série de moyens classiques, pratiquait le 16 mars 1889, une opération qui fut couronnée de succès, qu'ils communiqua au Congrès de chirurgie de Paris, la même année.

Le procédé de Ziembicki comprend 3 temps :

1^{er} temps :

Incision du coccyx à l'anus et de l'anus au raphé périnéal. Incision circulaire circonscrivant l'anus, de façon à mobiliser, en allant vers la profondeur la portion extra-péritonéale du rectum.

Décollement du rectum de la prostate, poursuivi jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal. La mobilisation du rectum dans tous les sens étant assurée, on pratiqua le 2^e temps.

2^e Temps :

Avivement et suture au catgut de chaque orifice fistuleux séparément.

3^e Temps :

Imprimer au rectum mobilisé un mouvement de rotation sur son axe longitudinal de façon à mettre en contact avec la ligne de suture de l'urètre, non pas la ligne de suture de l'orifice rectal, mais la paroi saine de l'intestin.

Suture du rectum dans sa nouvelle position.

Tamponnement pour faciliter l'accolement des parois, drainage de la plaie par un drain allant jusqu'au niveau de l'orifice urétral.

Sonde à demeure.

M. Lejars, fit en 1893, une opération analogue à celle du chirurgien de Lemberg, pour un cas de fistule uréthro-rectale persistante, d'origine congénitale dont la guérison fut complète et définitive.

De son intervention, il tire les conclusions suivantes :

1^o Séparer les 2 parois rectale et urétrale, aussi haut que possible, bien au-dessus du trajet fistuleux dédoublé, et cela à la faveur d'une large incision périnéale arquée en arrière.

2^o Suturer isolément les 2 orifices, en prenant soin d'en refouler les bords vers la lumière du canal correspondant et d'appliquer ainsi des surfaces ; pour le fil (surjet ou points séparés) il pénétrera à plusieurs millimètres du pourtour de la fistule, et cette première ligne de sutures sera au besoin complétée par une série de points.

3^o Laisser béante la plaie périnéale pour que le bourgeonnement se fasse de la profondeur à la périphérie.

4^o Constiper l'opéré le plus longtemps possible et surtout dériver l'urine.

Cette méthode a été encore suivie par Tédénat, Bazy.

Von Oppel lui a dû 3 succès : il procéda de la manière suivante :

— Mobilisation du rectum comme on mobilise l'urètre féminin dans le procédé de Gersuny, et après suture de l'orifice rectal, torsion du rectum de 90°, de façon à amener l'orifice fistuleux suturé à la partie postérieure du rectum, et à détruire ainsi le parallélisme des 2 orifices.

— Si la suture rectale manque, on est quitte pour avoir à soigner et opérer ensuite une simple fistule recto-cutanée mais il n'y a plus de fistule uréthro-rectale.

— Pendant ce temps on s'efforce de détourner les urines par le canal au moyen de la sonde à demeure ou de cathétérismes répétés, puis, au bout d'un mois, on ferme la fistule urétrale par suture de la plaie.

QUE FAUT-IL PENSER DU PROCÉDÉ DE ZIEMBICKI

Ce procédé paraît surtout utilisable quand le tissu cellulaire périrectal est peu malade, peu induré, et que le décollement périrectal est facile. Mais dans ce cas le procédé du dédoublement de Legueu est d'une exécution plus brillante et plus facile. En outre, il a le mérite de ne pas produire de torsion du rectum, manœuvre qui peut entraîner un certain degré de rétrécissement, si on en juge par les effets (d'ailleurs recherchés) du procédé analogue de Gersuny sur l'urètre féminin.

Somme toute, l'indication de ce procédé est rare, car les adhérences péri-rectales sont à peu près constantes dans ces fistules et entravent la mobilisation du rectum.

De plus, actuellement, ce procédé n'est pas admis comme exempt de tout danger :

Ziembicki admet que grâce au tissu cellulaire lâche dont est doublée la muqueuse de l'intestin, les Tuniques externes glissent sur elle facilement et l'arc de cercle qu'on leur fait décrire est assez considérable sans que pour cela la lumière du canal circons-

crit par la muqueuse éprouve le moindre changement de direction ou de diamètre.

En fait, on peut craindre des altérations circulatoires et nerveuses dans la partie terminale de l'intestin qui peuvent amener la mortification de celui-ci.

C'est d'ailleurs pour obvier à ce danger, que Wolcker proposa de réaliser la torsion sans détacher circulairement le rectum de l'anus, mais seulement dans dans l'une de ses moitiés, en conservant intégralement l'innervation et la vascularisation de la moitié opposée.

En conclusion, ce procédé est difficilement applicable, mais l'idée doit en être retenue, car on doit s'efforcer, dans la mesure où les tissus le permettent, de supprimer la parallélisme des orifices, et de les maintenir indépendants.

Nous allons trouver une meilleure réalisation de ces principes dans l'opération de Segond.

PROCÉDÉ DE SEGOND

Ce procédé qui consiste dans l'abaissement et fixation anale du segment du rectum supérieur à la fistule, après résection du segment rectal sous-jacent, fut décrit et préconisé en 1895, à la Société de chirurgie pour les fistules recto-vaginales, par M. Segond. (Nouveau procédé opératoire pour supprimer les fistules recto-vaginales chez les femmes dont le périnée est intact).

Ce procédé repose sur les 2 principes suivants : supprimer la portion du rectum située au-dessous de la fistule, sans compromettre ni le sphincter, ni le périnée ; aller prendre le rectum au-dessus de la fistule, le dégainer et l'abaisser jusqu'à l'anus.

L'abaissement du rectum jusqu'à la peau est possible, alors même que la section rectale porte à une bonne longueur d'index au-dessus de l'anus.

« De plus, dit M. Segond, à la faveur d'une dilatation de l'anus exécutée largement et sans brusquerie, on peut faire une extirpation rectale intra-sphinctérienne, suturer à la peau la tranche rectale abaissée et voir ensuite le sphincter récupérer l'intégrité de ses fonctions ».

Voici, comment est exposé le procédé de Segond par M. Legueu.

— *1^e Temps* : dilatation de l'anus avec les 2 pouces à la façon de Récamier.

— *2^e Temps* : incision circulaire de la muqueuse anale à 3 millimètres au-dessus de sa continuation avec la peau : dissection de bas en haut d'un cylindre muqueux intra-anal.

— *3^e Temps* : section horizontale passant immédiatement au-dessus du sphincter et séparant le rectum auquel pend la collerette muqueuse intra-anale d'avec le sphincter.

On décolle alors le tube rectal surtout en avant, moins sur les côtés, peu ou pas en arrière.

Quand au cours du décollement on rencontre le trajet fistuleux, on le résèque et on ferme son orifice urétral. On continue encore à décoller le rectum jusqu'à ce que la lèvre supérieure d'une section de ce rectum passant immédiatement au-dessus de l'orifice rectal de la fistule et oblique en arrière et en bas puisse être suturée à la collerette muqueuse qui borde la peau de l'anus.

4^e Temps : Pansement, drain recouvert de gaze dans le rectum, pour l'évacuation des gaz : sonde à demeure dans la vessie. Constipation.

Cette méthode a été suivie, avec quelques modifications, par de nombreux auteurs : Tédénat, Gayet Marion, Legueu, Wildbolz.

Nous lisons dans la Thèse de Guyot (Paris 1902) :

« Peut-être pourrait-on adjoindre à la technique de Segond, soit une incision périnéale longitudinale, soit une incision prérectale, qui permettraient d'aborder alors facilement l'espace interurétral-rectal, de réséquer les fistules

périnéales s'il en existait, de suturer l'orifice urétral de la fistule après avivement. »

En résumé : Que faut-il penser de ce procédé ? Ce procédé du store est excellent et a fait ses preuves. Il convient surtout dans les cas où la fistule est bas-située et dans les cas où les manœuvres ne sont pas trop gênées par une gangue périrectale.

Pourtant la méthode de Segond n'est pas exempte de quelques critiques :

Elle expose à toutes les difficultés d'un Whitehaed ou d'un Delorme, faits en tissus infectés ; ne met que fort imparfaitement à l'abri des récidives.

La fermeture de la fistule s'y trouve difficile et imparfaite : le store muqueux, dont la prise est fort aléatoire, n'oppose à la récidive qu'une barrière bien fragile.

Aussi bien, pour assurer une cure plus radicale, certains auteurs ont imaginé des procédés dits d'interposition. Ce sont des procédés, peut-être plus rationnels ; mais ils sont d'une exécution bien plus difficile, et ce n'est pas le mauvais état des tissus, presque constant, qui facilitera la tâche du chirurgien.

PROCÉDÉS D'INTERPOSITION

En 1913, Young et Stone se sont servis d'une technique qui, sans être absolument originale, a le mérite d'avoir profité des détails les plus intéressants de chacun des procédés précédents.

L'opération de Young-Stone, qui a donné de très beaux succès, est fondée sur l'application des 4 principes fondamentaux suivants :

1^o La dérivation temporaire de l'urine par une cystostomie préalable.

2^o L'ablation totale du morceau de paroi rectale lésé, à partir de son insertion dans l'anus jusque par-dessus l'orifice fistuleux à la manière de Whitehaesd.

On pratique ainsi un isolement et une descente du rectum, au moyen d'une incision en raquette, après incision préalable du sphincter anal.

3^o Dédoublement périnéal et exposition de l'orifice urétral qui est suturé à la façon de Legueu.

4^o Et le plus important, l'interposition entre l'urètre et le rectum d'une grande masse de tissus périnéaux par suture sur la ligne médiane des releveurs de l'anus.

Ce détail opératoire a été conseillé plus tard par

Chauvin, sous le nom de myorraphie inter-urétro-rectale des releveurs et il l'employa dans deux cas avec un résultat satisfaisant.

Papin et de Berne-Lagarde l'ont également employé avec succès dans un autre cas, comme nous le verrons plus loin.

QUE FAUT-IL PENSER DE L'OPÉRATION DE YOUNG ?

Une des phases de l'opération consiste dans la section du sphincter de l'anus : mais à la suite de cette section, Young eut quelques cas d'incontinence temporaire ou définitive.

Young insiste, dans son dernier ouvrage d'urologie sur la nécessité de conserver intact le sphincter anal et en même temps il conseille l'emploi de son désenclaveur, introduit dans la vessie par la fistule urétrale afin de faciliter le décollement du rectum au moyen du rapprochement de la prostate à la superficie de la plaie, de la même façon que l'on agit dans l'opération de la prostatectomie périnéale.

Théoriquement, on pourrait perfectionner le procédé en pratiquant la dérivation temporaire des matières au moyen d'un anus iliaque (principe qui a été appliqué par Woelker en 1924, avec succès).

Cependant dans la pratique, il nous semble qu'il est inutile de recourir à cet artifice qui complique beaucoup l'intervention.

Par contre, il pourrait être utile dans quelques cas

de compléter l'opération de Young par la désinsertion de l'aponévrose périnéale moyenne, proposée par Rochet, comme nous le verrons plus loin. Cette technique a été imaginée afin de faciliter par une mobilisation plus importante de l'urètre postérieur, la séparation de celui-ci d'avec le rectum, quand la communication entre ceux-ci était située très haut.

Nous voulons insister sur un dernier point :

Le procédé d'abaissement, comme celui de torsion, risque de léser des nerfs et surtout le nerf hémorroïdal, qu'il naisse du nerf honteux interne ou du plexus sacré.

Ce nerf est presque fatalement sectionné dans sa traversée du creux ischio-anal, ce qui prive de toute innervation le sphincter externe.

En résumé, le procédé de Young, plus compliqué que celui de Segond, dont il dérive directement, paraît surtout applicable aux fistules suffisamment basses pour que l'abaissement soit possible.

Nous arrivons ainsi aux autres procédés d'interposition :

1^o Rochet obtint une guérison en interposant entre urètre et rectum une lame de caoutchouc (Sur un traitement simple de certaines fistules uréthro-rectales, ROCHET, *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon*. Séance du 25 janvier 1925).

2^o La myorraphie inter-uréthro-rectale des rele-

veurs, préconisée par M. Chauvin, a recueilli quelques beaux succès.

En voici le temps schématique :

1^{er} Temps : cystostomie de décharge ;

2^e Temps : cure de la fistule.

1^o Incision bi-ischiatique ;

2^o dédoublement du périnée ;

— atteindre le bec de la prostate ;

— libérer, dans les angles de la plaie, les bords libres des releveurs ;

3^o calibrage de l'urètre ;

4^o fermeture de la plaie urétrale ;

5^o fermeture de la plaie rectale ;

6^o myorraphie interurétro-rectale des releveurs.

Le rectum dont l'extrémité anale n'aura pas cessé d'être fortement attirée par la pince à abaissement pendant ces manœuvres, sera en partie extériorisé, et on tâchera d'abaisser toute la plaie rectale au-dessous du plan de releveurs.

7^o Réunion très partielle ;

8^o Calibrer l'urètre.

Citons quelques observations :

1^o *Fistule uréthro-rectale*. Myorraphie intra-urétro-rectale des releveurs. Guérison, par M. Chauvin (de Marseille) (*Société française d'Urologie*, 15 mars 1926).

2^o *Atrésie congénitale de l'anus et de l'urètre*. Fistule uréthro-rectale. Cure de la fistule par la myorraphie inter-inter-urétro-rectale des releveurs. Guérison, par le Docteur Chauvin (*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Marseille*. Tome I, n^o 1, octobre 1927).

3^o Une observation de Lahayville. Guérison (*Marseille Médical*, novembre 1930).

4^o Fistule uréthro-rectale ; myorraphie inter-uréthro-rectale des releveurs. Guérison, par Papin et de Berne-Lagarde (*Société française d'Urologie*, 25 avril 1927).

3^o *Autres procédés d'interposition :*

Michon s'est adressé à la peau du périnée.

On a songé à utiliser : l'aponévrose péritonéale, le péritoine du Douglas (Fiolle), une lame de tissu adipeux (Vitrac) un lobule graisseux pédiculé (Clairmont).

Somme toute, ces procédés d'interposition ne laissent pas de témoigner d'une grande ingéniosité, cependant ils apparaissent de réalisation difficile.

Il est très rare que les tissus peu fistuleux, n'aient pas subi un long processus inflammatoire qui déforme les rapports et altère beaucoup les muscles releveurs en particulier.

Il semble donc bien théorique de fonder un procédé sur la possibilité de rapprocher ces muscles.

A partir de la méthode de Cooper nous avons vu les techniques se compliquer. On a surtout recherché :

— à dédoubler le périnée :

— à bien isoler et à rendre indépendants, rectum et urètre.

Tantôt on s'est attaché à bien exposer la région uréthro-prostatique, afin de mieux suturer ou reconstituer l'urètre, tantôt c'est le rectum qui a été exposé.

Il semble bien que ce soit là le principal facteur de réussite.

Le rectum est la clé de l'intervention.

Cependant, les échecs sont encore nombreux, et on a proposé des urétroplasties rectales, dans les cas particulièrement rebelles, qui s'accompagnent de grande destruction et de mauvais état des tissus.

LES URÉTROPLASTIES RECTALES

La méthode autoplastique n'a guère été employée vis à vis de l'urètre dans les interventions dirigées contre les fistules uréthro-rectales.

Sans parler du procédé de dédoublement de A. Cooper, qui n'est vis à vis de l'urètre, qu'un procédé d'urétrotomie externe, on ne peut réellement voir dans les procédés dits autoplastiques que des interventions au cours desquelles on tente l'urétrorraphie.

C'est seulement à l'oblitération de la fistule rectale, comme le dit Genouville (*Encyclopédie d'urologie*) qu'on s'efforce d'appliquer la méthode autoplastique (procédés de Duplay, de Ziembicki, de Segond).

Comme on le voit, en présence des fistules uréthro-rectales, les chirurgiens ont en pour principal objectif de faire disparaître la fistule rectale, qui constitue ce qu'il y a de plus pénible dans cette lésion et dans ce but ils ont multiplié les tentations, les essais, les procédés.

Au contraire, au regard de la fistule urébrale, la plupart se sont contentés de la simple suture, quand elle était possible, et dans les différents

travaux que nous avons compulsés, nous n'avons trouvé que 3 chirurgiens ayant réellement fait usage de la méthode autoplastique appliquée à l'orifice urétral de ces fistules.

Nous retiendrons surtout les procédés autoplastiques utilisés par Albarran et par Michon.

Albarran, ayant à traiter un homme qui présentait un véritable cloaque recto-urétral ouvert au périnée, imagina et employa avec succès un procédé dont il donne la description dans son *Traité de Médecine Opératoire des voies urinaires*.

Son malade présentait un sphacèle étendu de la paroi antérieure du rectum et de la partie membraneuse de l'urètre, à la suite d'un violent traumatisme.

Dans un 1^{er} temps, Albarran ferma le rectum et se servit d'une partie de la paroi antérieure de l'intestin pour faire un canal, comprenant la fistule qui, de l'urètre, allait directement au périnée.

Dans un second temps, il ferma cet orifice fistuleux par un procédé autoplastique.

Enfin, dans 2 cas de fistules graves, E. Michon a imaginé et exécuté le procédé suivant, qui comprend 3 séances opératoires :

Dans la 1^{re} séance, on taille un lambeau cutané, prélevé sur le scrotum.

Le lambeau est taillé sur la ligne médiane, de forme rectangulaire, large de 3 centimètres et assez long, pour que, fixé encore sur son attache antérieure, il puisse venir sans difficulté dans le périnée. On le laisse d'abord adhérent par ses deux petits côtés, antérieur et postérieur, et on réunit au-dessous de lui la plaie scrotale.

Cinq ou six jours après, on coupe le pédicule postérieur et on obtient alors un lambeau mobile, fixé assez loin en avant sur les bourses.

Dans la 2^e séance à laquelle on procède aussitôt qu'en est sûr de sa vitalité, on commence par faire une incision transversale préanale, et on pratique le décollement rectal, jusqu'à la prostate, de façon à bien exposer les 2 orifices.

Puis on attire le lambeau dans la plaie prérectale, face cutanée en avant, face cruentée en arrière, son extrémité postérieure immédiatement au-dessous de la perte de substance du canal, et on le fixe dans cette position par des catguts à l'urètre et aux parties latérales.

Il faut que l'adhérence se produise dans la profondeur seulement, et non pas sur toute l'étendue de la paroi antérieure du décollement périnéal ; dans ce but on interpose un peu de taffetas gommé qui empêche l'accollement du lambeau de se faire jusqu'à la peau.

La plaie est tamponnée et le tamponnement est refait avec soin tous les jours, pour favoriser la reprise de la nouvelle insertion.

Quand la reprise est faite, au bout de 2 semaines au moins, on sectionne le pédicule scrotal en plusieurs coups de ciseaux, donnés à plusieurs jours d'intervalle, pour laisser à la néo-circulation du lambeau le temps de s'établir.

Dans la 3^e séance, on fait pivoter le lambeau autour de son insertion nouvelle comme charnière, sa face cutanée venant en avant et reconstituant le plancher de l'urètre prostatique ou membraneux, et on arrive à l'inclure complètement dans la profondeur. Pour cela, on agrandit l'incision prérectale qui s'était partiellement refermée et on expose la face postérieure de la prostate ; puis on remonte aussi haut que possible, au fond de la plaie périnéale, le bord inférieur libre du lambeau et on le fixe à la face postérieure de la prostate et aux parties molles, le long des

branches ischio-pubiennes, à l'aide de points de catgut.

Par-dessus le lambeau on réunit en masse le périnée et on place seulement un petit drain médian.

On doit, par une surveillance minutieuse, se rendre compte du maintien exact du relèvement du lambeau.

En résumé, cette méthode si longue et si minutieuse ne saurait être qu'une méthode d'exception : elle est applicable aux fistules qui offrent une gravité particulière et un pronostic des plus sombres, en raison de l'induration cicatricielle des tissus périnéaux et surtout de l'étendue de la perte de substance urétrale, lésions qui rendent aléatoire le succès des procédés plus simples.

Au terme de cette étude des différents traitements proposés pour guérir les fistules uréthro-rectales, nous allons exposer les idées de M. le Professeur Marion.

M. Marion a d'abord exposé les principes directeurs du traitement de ces fistules, dans un rapport mémorable, sur la « conduite à tenir dans les traumatismes de l'urètre postérieur, envisagés dans la zone de l'arrière » (*Rapport lu à la 4^e réunion des chefs du Centre d'urologie du 7 octobre 1918*).

« Lorsqu'il existe une fistule uréthro-rectale, peu importe au point de vue du traitement qu'elle soit unique ou qu'elle coïncide avec d'autres fistules cutanées ; mais, ce qui importe, c'est *l'état du rectum*.

En effet, celui-ci peut être intact, mise à part l'existence de la fistule, ou atteint d'un rétrécisse-

ment cicatriciel, rétrécissement tendant toujours vers l'aggravation et d'une dilatation particulièrement difficile, pénible et en général inefficace.

CONDUITE A TENIR :

a) *Dans le cas de fistules uréthro-rectales sans rétrécissement*, on procédera au dédoublement du périnée. L'urètre étant repéré par une sonde, on ira de la superficie vers la profondeur séparer le rectum de l'urètre.

Un doigt ganté, mis dans l'anus pourra servir de guide, lors de la libération du rectum, tandis qu'une sonde, ou mieux un instrument métallique, placé dans l'urètre, indiquera sa situation exacte. Ce dédoublement dépassera largement en haut, et sur les côtés, le niveau de la fistule, afin que l'on ait une étoffe suffisante aussi bien du côté du rectum que du côté de l'urètre. On aura soin évidemment de réséquer les tissus infectés ou scléreux.

Puis, on suturera en plusieurs plans chacun des orifices, et l'on s'efforcera d'interposer le plus de tissus possible entre les deux. Si l'urètre n'est que perforé, on n'aura pas besoin d'y laisser une sonde à demeure, l'issue de l'urine étant assurée par la cystostomie de dérivation.

Dans la plaie périnéale superficielle on laissera un tamponnement. Enfin, le malade sera constipé. En général, la guérison sera obtenue.

Si la perte de substance de l'urètre est particulièrement étendue, on utilisera la technique de Michon, étudiée à propos des urétroplasties rectales.

Quant à la réparation du rectum largement ouvert, on pourra employer la technique qu'a utilisée Gayet, dans un cas, technique, qui, du reste, peut trouver son emploi même dans les cas plus simples.

Cette technique consiste à abaisser la muqueuse rectale située au-dessus de la fistule.

Chez un blessé qui avait une fistule uréthro-rectale, voici comment Gayet procéda avec un plein succès.

Le rectum et l'urètre ayant été séparés, il commença par fermer l'orifice urétral par un point de catgut en U, placé en plein tissu prostatique. Puis il débrida transversalement l'orifice rectal, disséqua la demi-circonférence antérieure de la muqueuse située au-dessous du débridement et l'excisa. Il disséqua ensuite la muqueuse au-dessus du débridement jusqu'à ce qu'il puisse l'abaisser et la suturer à la peau. Ainsi se trouvait abaissé un rideau supprimant toute fistule. Il termina par une suture du rectum et par un rapprochement partiel des tissus périméaux.

Peut-être dans des cas particulièrement rebelles, il y aurait lieu, pour provoquer la fermeture d'une fistule rectale existant sur un paroi altérée, de pratiquer un anus de dérivation.

b) Lorsqu'il existe une fistule uréthro-rectale avec rétrécissement du rectum, celui-ci se trouve au-dessous de la fistule.

A moins que ce rétrécissement ne soit négligeable. la solution du problème ne peut plus être envisagée de même façon que lorsqu'il n'existe pas de rétrécissement.

Il ne suffit plus de fermer les fistules rectales et urétrale, il faut agir également sur ce rétrécissement.

Escat, dans un cas semblable, a pratiqué la section du rétrécissement et a glissé un lambeau cutané dans la section. Le résultat fut bon : mais il s'agissait d'un rétrécissement bas situé.

M. Marion s'est trouvé en présence de semblables lésions : malade atteint d'une grave blessure urétro-vésico-rectale et porteur de fistules sus-pubiennes, fermées, génito-crurales et périnéales.

« Au-dessous de la fistule urétro-vésico-rectale existait un rétrécissement extrêmement serré que je pus jamais dilater.

Chez ce blessé j'intervins par le périnée et je pratiquai, suivant la technique employée par Cunéo pour l'ablation des cancers bas situés du rectum, avec conservation du sphincter, l'ablation de toute la partie inférieure du rectum et l'abaissement de la portion au-dessus de la fistule. Cette portion fut implantée dans l'anus conservé.

Le résultat fut excellent au point de vue du fonctionnement du rectum et de la suppression de la fistule rectale, mais le blessé conserve encore actuellement une fistulette urinaire périnéale qui est en voie de guérison.

Toutes les autres fistules ont guéri à la suite de la première intervention.

M. Marion signale que chez un blessé, il dut laisser persister un anus iliaque et une cystostomie, l'extrémité inférieure du rectum ainsi que tout l'urètre postérieur se trouvant détruits et remplacés par une cavité périnéale à parois scléreuses.

Comment aborder les fistules ? M. Marion cite la désinsertion ischio-pubienne de l'aponévrose périnéale moyenne, préconisé par Rochet (*Lyon chirurgical*, janvier 1916).

Ce procédé tire son utilité du fait qu'on intervient sur des organes fixes et dont l'abord est malaisé en raison du mauvais état des tissus.

Cette désinsertion est réalisée par deux incisions de cette aponévrose le long des branches ischio-pubiennes, incision se réunissant en avant à la symphyse du pubis. Ces deux incisions permettent d'abaisser dans une certaine mesure la prostate et le col vésical ; on le complète par la section des ligaments pubo-vésicaux et des vaisseaux qui abordent latéralement la prostate. A ce moment le col vésical peut être amené dans la plaie.

Voici, à titre d'exemple une opération pratiquée par M. Rochet à propos d'une fistule uréthro-rectale.

On pratiqua l'incision périnéale en V renversé et la désinsertion totale de l'aponévrose moyenne à ses attaches aux branches ischio-pubiennes, et à la partie inférieure de l'ogive sous-pubienne. Cette désinsertion fut un peu

plus laborieuse du côté gauche, là où existait une fistule cutanée purulente et urinaire.

L'urètre antérieur est complètement fermé au périnée par du tissu de cicatrice, et c'est pour cela que nulle sonde, même la plus fine, ne pouvait passer. On coupe transversalement cet urètre à sa terminaison dans le périnée et on trouve ensuite assez facilement le bout postérieur en se guidant, après décollement du rectum, sur la fistule rectale communiquant avec l'urètre profond. Il existe une large perte de substance faisant communiquer le rectum et l'urètre prostatique ; la fistule, qui est un véritable cloaque, aboutit donc à un point très reculé de l'urètre profond ; mais grâce à la mobilisation facile de tout le périnée profond, grâce à la désinsertion préalable, on attire aisément rectum et urètre au dehors de l'excavation et on a sous les yeux et sous les doigts les pertes de substance à réparer.

Il apparaît bien alors que l'urètre profond a été le siège de lésions très graves, et qu'il ne reste plus qu'une petite bande intacte de son conduit.

De la prostate, du reste, plus de vestige ; elle a disparu et fondu par le traumatisme et la suppuration secondaire. De cette grosse perte de substance partent la fistule rectale qui s'y abouche directement et le trajet fistuleux qui conduit à la peau qui recouvre la branche ischio-pubienne du côté gauche.

La perforation rectale admet elle-même facilement le bout de l'index.

On ne voit rien du côté de l'extrémité inférieure de la vessie qui, attirée en bas avec le bloc uréthro-rectal, peut être explorée de visu.

On répare alors tant bien que mal, sur une grosse sonde un caoutchouc introduite dans son intérieur, l'urètre prostatique bien isolé au-delà de la perte de substance rectale, en se servant des tissus péri-urétraux restés souples autour

de lui, pour refaire un canal avec la bande muqueuse conservée ; on fait passer cette sonde ensuite dans le bout antérieur, coupé transversalement au début de l'opération et on suture ensemble, aussi soigneusement que possible, le bout antérieur sain et le bout postérieur qu'on vient de reconstituer autour de la sonde. Puis, on rapproche transversalement les bords avivés de la perforation rectale par une suture à deux plans. Enfin, on met une mèche profonde entre le rectum et l'urètre suturés, et on ne fait que rétrécir légèrement par 2 points de suture la plaie cutanée. Une sonde hypogastrique à demeure est placée et va servir de dérivation précieuse.

La conduite à tenir, et les différentes techniques à utiliser, ont été précisées dans le *Traité d'Urologie* de M. Marion.

Dans le court exposé que nous en donnons on verra que ce qui domine la cure de ces fistules, c'est essentiellement la réparation du rectum.

1^o Les fistules d'origine tuberculeuse ou néoplasiques sont au-dessus des ressources de l'art et on ne peut que parer à leurs inconvénients.

Une cystotomie définitive pourra dans bien des cas améliorer grandement la situation des malades.

2^o Pour les fistules traumatiques ou inflammatoires, la conduite à tenir varie suivant que les lésions sont encore en évolution ou arrivées à leur état de constitution définitive.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

I. — LÉSIONS EN ÉVOLUTION

On peut espérer voir la réparation spontanée se faire. Il ne s'agit que d'y aider en agissant et sur l'urètre et sur le rectum.

Du côté de l'urètre, il faut tout d'abord supprimer toute cause de gêne à la miction, s'il en existe, rétrécissement inflammatoire ou traumatique. Il faut surtout dériver l'urine par une sonde à demeure ou même par une cystostomie ; celle-ci existera du reste souvent dans les fistules traumatiques, ayant été pratiquée au moment même de l'accident.

Quant au rectum on le mettra autant que possible au repos en provoquant par une alimentation très peu abondante et quelques médicaments, de longues périodes de constipation après avoir obtenu des débâcles sérieuses.

Dans les fistules suites d'abcès de la prostate, il faudra, en outre, veiller à ce que l'ouverture de l'abcès dans le rectum soit suffisante et la compléter au besoin afin d'éviter toute rétention de pus dans la cavité.

II. — FISTULE CONSTITUÉE DE FAÇON DÉFINITIVE :

Une intervention est nécessaire pour la faire disparaître. Comme il s'agit toujours d'interventions délicates et souvent aléatoires dans leurs résultats, on pourra laisser en l'état les fistules de petites dimensions donnant lieu à un minimum d'ennuis, celles en particulier qui ne laissent passer que quelques gouttes d'urine dans le rectum ou quelques gaz par l'urètre.

Si les ennuis créés par la fistule nécessitent une intervention, celle-ci variera suivant l'état du rectum, mais non suivant qu'il existera ou non des fistules cutanées concomitantes.

De toute façon, une cystostomie de dérivation devra précéder l'intervention sur la fistule.

III. — DANS LES CAS DE FISTULE URÉTRO-RECTALE SANS LÉSION AUTRE DU RECTUM :

La seule conduite qui assure de façon certaine la guérison est la suivante :

— *Dédoublement du périnée* : de façon à séparer largement le rectum de l'urètre.

— *Fermeture de la fistule rectale* : par une série de sutures en bourse.

— *Résection de la portion urétrale fistulisée et reconstitution de l'urètre par urétrorrhaphie circulaire* comme on le fait pour une fistule de l'urètre bulbaire.

Une cystostomie évitera d'avoir à laisser une sonde dans l'urètre.

2^o LORSQU'IL EXISTE UNE LÉSION RECTALE :

Bride, rétrécissement accompagnant la fistule, on devra agir de même sur la fistule et sur l'urètre, mais il sera alors indiqué d'intervenir en même temps sur le rectum en le disséquant, en réséquant la partie malade, ainsi que la partie située au-dessous et en abaissant dans l'anus la partie située au-dessus de la fistule.

TECHNIQUE DE M. MARION

CYSTOSTOMIE PRÉALABLE

A. — FISTULE URÉTRO-RECTALE SANS RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM

I. — DÉDOUBLEMENT DU PÉRINÉE

C'est là le 1^{er} temps de la cure de toute fistule uréthro-rectale.

On placera dans l'urètre un béniqué, ou si le béniqué ne peut être mis en place, une sonde afin de repérer le canal.

Un doigt ganté dans l'anus servira, chemin faisant à faire reconnaître la paroi rectale au cours de la libération.

Par une incision transversale bi-ischiatique concave en arrière, on ira progressivement de la superficie à la profondeur, de façon à isoler l'urètre du rectum. Grâce au doigt rectal d'une part, à la sonde urétrale d'autre part, on pourra, péniblement toutefois, arriver à séparer l'un de l'autre les deux organes adhérents au niveau de la fistule.

Le dédoublement dépassera largement en haut et sur les côtés la fistule, afin que l'on ait une étoffe suffisante aussi bien du côté du rectum que du côté de l'urètre. On aura soin également de réséquer les tissus infectés ou scléreux (Voir figures 1 et 2).

II. — Ce dédoublement étant ainsi réalisé, on pourra terminer l'opération de plusieurs façons :

- *par simple tamponnement* ;
- *par suture séparée des orifices rectal et urétral* ;
- *par abaissement de la muqueuse rectale*.

a) TAMPONNEMENT :

On ne fera le tamponnement que si les tissus sont véritablement trop infectés ou altérés pour qu'une suture ait chance de réussir. La plaie laissée par le dédoublement sera donc tamponnée fortement, et dans les pansements ultérieurs sera maintenue tamponnée, de façon à essayer de faire cicatriser isolément le rectum et l'urètre.

Grâce à la dérivation sus-pubienne, le passage de l'urine sera supprimé ; on restreindra, d'autre part, le passage des matières dans le rectum en entretenant par le régime et des médicaments une constipation coupée de temps en temps de débâcle par purgation.

b) SUTURE :

Cette suture sera faite de préférence au moyen de fils en bourse et en une substance non résorbable, fils de soie très fins ou fils de lin. Elle comprendra plusieurs plans si possible afin d'adosser les parois le plus largement possible au-dessous de ces sutures ;

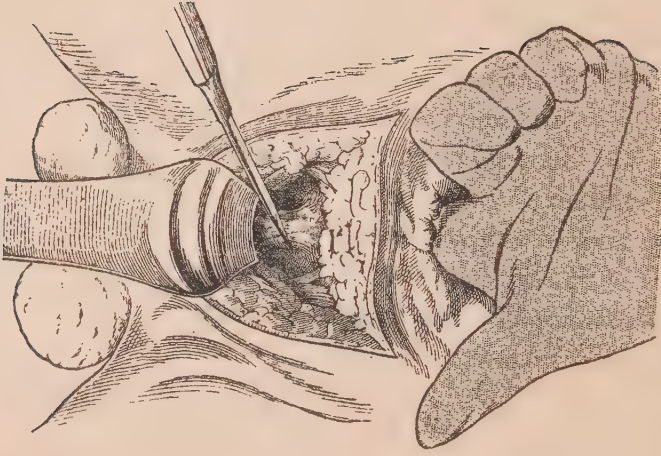


FIG. 1 (Fig. 422 du *Traité d'Urologie de Marion*). —
Séparation de l'urètre du rectum.



FIG. 2 (Fig. 423 du *Traité d'Urologie de Marion*). —
Le rectum et l'urètre étant séparés, chaque
orifice est suturé par une série de points en
bourse.

entre les deux organes on rapprochera les tissus du périnée.

— Si ces tissus s'y prêtent, on pourra même essayer de fermer complètement la plaie.

— Si, au contraire, ils sont de qualité médiocre, on rapprochera ce qu'on pourra et on terminera par un tamponnement.

c) ABAISSEMENT DE LA MUQUEUSE RECTALE (GAYET) :

Le rectum et l'urètre étant séparés, on ferme l'orifice urétral par un ou plusieurs points. Puis l'orifice rectal est débridé transversalement et la muqueuse située au-dessous de ce débridement est excisée jusqu'à la peau.

La muqueuse située au-dessus de ce débridement est ensuite disséquée jusqu'à ce qu'elle puisse être abaissée et suturée à la peau.

La paroi musculaire du rectum est suturée et les tissus rapprochés entre l'urètre et le rectum.

B. — FISTULE URÉTRO-RECTALE AVEC RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM

Lorsque le rétrécissement du rectum vaut la peine qu'on s'en occupe, il faudra comme précédemment faire le dédoublement du périnée, traiter l'urètre par une suture si possible, puis agir sur le rectum afin de supprimer et la fistule et le rétrécissement.

Les temps de cette opération sont les suivants :

semblables à ceux de l'amputation du rectum pour cancers bas situés, avec conservation du sphincter, par le procédé de Céuno :

1^o Fermeture de l'anus par un fil en bourse, dissection de la muqueuse anale.

2^o Libération du rectum sur les côtés (le rectum ayant été préalablement libéré en avant), en passant entre les aponévroses internes des releveurs et ces releveurs.

3^o Libération du rectum en arrière, par une incision médiane antéro-postérieure précoccygienne.

4^o Section du rectum immédiatement au-dessus du sphincter, immédiatement au-dessous du point où la muqueuse rectale est décollée.

5^o Abaissement du rectum à travers l'anus ; section du rectum au-dessus du rétrécissement.

6^o Fixation du rectum à la peau de l'anus.

On terminera l'opération en tamponnant l'espace uréthro-rectal ou en suturant l'urètre s'il y a moyen.

C. — FISTULE URÉTRO-RECTALE AVEC LARGE BRÈCHE URÉTRALE

Dans ce cas encore on séparera le rectum et l'urètre par un dédoublement du périnée. Du côté du rectum on fermera la fistule par une suture comme il a été dit plus haut.

La réparation de l'urètre dans ce cas étant donnée la perte de substance ne peut plus être tentée par

simple suture. Le mieux est de réséquer très nettement la portion urétrale fistuleuse comme on le fait pour une fistule de l'urètre périnéale, puis de reconstituer le canal en mobilisant l'urètre membraneux et bulbaire et en le suturant à la partie haute de l'urètre prostatique.

La désinsertion de l'aponévrose moyenne dans ce cas peut faciliter l'exécution de cette réparation.

OBSERVATIONS

Fistule uréthro-rectale suite d'une perforation anales, avec urètre prostatiques oblitéré.

OBSERVATION I

J..., 22 ans, né à terme avec imperforation du rectum.
Intervention 24 heures après.

Plus tard la famille, s'aperçoit que l'enfant perd ses urines par le rectum, mais d'une façon intermittente. Il pouvait se retenir.

Cependant, en raison de la gêne provoquée par l'écoulement rectal des urines, qui l'empêche de travailler, le malade consulte M. le Prof. Marion.

Après un examen minutieux de l'urètre, du rectum, et des tissus avoisinant la fistule, M. Marion décide d'intervenir : on avait reconnu que l'urètre prostatique était oblitéré.

1^{re} *Intervention* : 20 mai 1931 (M. Marion).

Cystostomie

L'on agrandit. Le doigt introduit dans le col, l'on sent au-dessous du sphincter qui est indemne une cavité à parois souples qui aboutit à une cloison mince (3 mm.).

On effondre cette cloison au béniqué.

L'on ne sent pas l'orifice de la fistule.

Sonde métrale à demeure.

2^e *Intervention* : 24 juin 1931 (M. Marion).

1^o Taille périnéale :

On décolle la partie fistuleuse du rectum de l'urètre.

2^o Par l'anus, à l'aide de deux pinces on abaisse le rectum de façon à amener au pourtour anal la tunique rectale saine sus-jacentes à la fistule.

3^o Résection de la portion fistuleuse.

4^o Fixation du rectum par 4 points profonds au catgut n^o 4.

Fixation au pourtour de l'orifice aux crins. Un fil de lin amarre la paroi antérieure du rectum.

A été constipé plusieurs jours.

Et est sorti parfaitement guéri.

Reçu le 23 mai 1932

Malade transformé. — La diarrhée a disparu avec son cortège d'épreintes et de rectites.

Peut reprendre son métier de placier, qu'il avait dû abandonner.

Localement :

— *urètre* très perméable : admet une bougie n^o 21. On continue d'ailleurs, de le dilater.

— *périnée* souple.

— *anus* présentant une muqueuse légèrement prolabiée et encore un peu inflammatoire.

Il ne passe plus d'urine par le rectum.

urines, encore troubles : se traite, de temps en temps, avec des lavages vésicaux.

En résumé : très bon résultat.

OBSERVATION II

Sujet brésilien ayant présenté une grave prostatite

suppurée incisée deux fois au Brésil. Vient pour une fistule uréthro-rectale. M. Marion trouve une gangue péri-rectale et latéro-rectale réalisant « un cercle de fer ».

Dans un 1^{er} temps :

Ablation des abcès, par voie vésicale

Dans un 2^e temps :

Abaissement du rectum, avec un très bon résultat.

OBSERVATION III

Cas semblable au précédent, mais plus grave. Il s'agit d'une fistule uréthro-rectale survenue à la suite d'une grave prostatite chez un malade porteur d'un rétrécissement annulaire du rectum avec rectite et périectite.

M. Marion dut pratiquer dans un 1^{er} temps un anus contre nature pour mettre au repos la région et désinfecter le rectum.

Dans un 2^e temps il pratiqua la résection et l'abaissement du rectum.

Guérison.

OBSERVATION IV

C... Entré à Civiale le 17 novembre 1928, sorti le 24 janvier 1929.

Le malade vient parce que, en allant à la selle, il perd des matières par le canal, en dehors de la miction, et des urines par l'anus au moment de la miction. L'urètre est perméable et lorsqu'on combine le cathétérisme urétral au toucher rectal, on sent la sonde au doigt rectal. L'anus est cicatriciel.

Cet état résulte d'une opération pratiquée tout à fait dans le jeune âge pour une imperforation anale.

Intervention : M. Marion.

1^{er} temps : cystostomie.

2^e temps : incision périnéale.

Abaissement du rectum (qu'on suture à l'anus), jusqu'à ce que la fistule ne soit plus au contact de l'urètre.

Résection de la fistule.

On laisse ouverte la plaie périnéale transverse faite en avant du rectum et on ne s'occupe pas de la fistule urétrale.

Guérison.

OBSERVATION V

L... Entré au service Civiale le 16 juin 1926 sorti le 31 juillet 1926.

Vient pour une fistule uréthro-rectale. Cette fistule s'est établie il y a 2 mois 1/2 environ à la suite de l'ouverture spontanée d'une prostatite suppurée d'origine inconnue.

Depuis cette époque les urines passent dans l'anus au moment de la miction et des gaz passent également par l'urètre.

8 jours après le début des accidents prostatiques, le malade semble avoir eu une crise de pyélonéphrite avec grand frisson, élévation thermique.

Actuellement, les urines sont encore troubles. Au toucher on sent au-dessous de la prostate une dépression en entonnoir qui paraît être le siège de la fistule.

Intervention, le 26 juin 1926 : M. Marion.

1^{er} temps : cystostomie.

2^e temps : Incision transversale préanale.

Section du muscle recto-urétral et clivage de l'espace. prostato-rectal.

La fistule rectale est insignifiante. On ne la suture pas.

L'urètre est réséqué et la continuité se rétablit par métrorrhaphie circulaire, par 5 points.

(2 antérieurs — et 3 postérieurs).

Les tissus périnéaux sont suturés.

Guérison.

CONCLUSIONS

La cure des fistules uréthro-rectales repose sur

3 grands principes :

- 1^o Le dédoublement du périnée (A. Cooper) ;
- 2^o L'éloignement des 2 orifices urétral et rectal qui doivent être indépendants et maintenus tels.
- 3^o La suture des orifices, en s'attachant surtout à traiter l'orifice rectal.

4 grandes difficultés :

- 1^o L'état de tissus, surtout quand il s'agit de fistules inflammatoires ;
- 2^o L'état de l'urètre ;
- 3^o L'état du rectum ;
- 4^o La hauteur de la fistule.

Après avoir décrit de nombreux procédés, allant du simple au complexe, il faut bien conclure que la méthode de Cooper reste le point de départ de toutes les interventions.

— Nous avons exposé en dernier la technique de M. Marion, qui envisageant chaque cas, en particulier, répond le mieux à la difficulté de la tâche.

Nous rapportons plusieurs observations de parfaite guérison, à la suite de l'application de cette méthode.

— Enfin, nous voulons insister sur un dernier point : il faut revoir ces malades, les surveiller de près : vérifier le calibrage de l'urètre, sujet aux rétrécissements, causes de tant d'échecs.

-- Il convient également de surveiller le rectum, qui présentait souvent de la rectite.

— D'autre part, il est bien rare que l'on n'ait pas à traiter une cystite souvent rebelle, voire même un peu d'infection urinaire, affections si fréquentes chez ces malades qui ont souffert pendant longtemps d'une bien cruelle infirmité.

VU :

Le Doyen,

BALTHAZARD.

VU :

Le Président de Thèse,

MARION.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- MARION. — *Traité d'Urologie*, Paris, 2 volumes.
LEGUEU. — *Traité d'Urologie*, Paris, 2 volumes.
MONOD et VANVERTS. — *Traité de technique opératoire*.

ENCYCLOPÉDIE FRANÇAISE D'UROLOGIE

- CHAUVIN (E.). — Traitement des fistules uréthro-rectales en particulier par la Myorraphie inter-uréthro-rectale des releveurs (*La Presse Médicale*, N° 103, 24 décembre, 1930, p. 1763).
GRAVES (R. L.). — Deep urethrorectal fistula following suprapubic prostatectomy cured by three stage operation (Tr. Am. A. Genito-Urin. Surgeons, 23 : 431-437, *J. Urol.*, 25 : 101-106, janvier 1931).
LAHAYVILLE (Ch.). — L'interposition des releveurs dans la cure des fistules uréthro-rectales (*Marseille Médical*, N° 23, 15 nov. 1930, p. 223).
PAPIN et DE BERNE-LAGARDE. — Fistule uréthro-rectale ; myorraphie inter-uréthro-rectale des releveurs. Guérison (*Bull. soc. franç. d'Urol.* 6 : 136-138, avril 25, 1937).
RAMA. — Traitement des fistules uréthro-rectales et en particulier par la myorraphie inter-uréthro-rectale des releveurs (*Thèse Montpellier*, 1926-27).
ROCHET (M.). — Sur un traitement simple de certaines fistules uréthro-rectales (Société de Chirurgie de Lyon, Séance du 29 janv. 1925).
SANCHEZ-COVISA (I.). — Sur les fistules uréthro-rectales. A propos de deux cas cliniques (*Arch. franco-belges de chir.* 31 : 517-531, juin 1928).

- SMITH (L. W.). — Congenital absence of one kidney with associated urethrorectal fistula and concomitant measles (*Am. J. Dis. Child* 42 : 1417-1423, déc. 1931).
- MONOD et VAUVERT. — *Traité de technique opératoire*, t. II, II^e partie, p. 673.
- BRAQUEHAGE (J.). — A propos d'un cas de fistules uréthro-rectales. (*Bull. de l'hôp. civil français de Tunis*, 1902, N^o 4, 81-85.)
- COOPER. — Ouv. cité, p. 666.
- DEVIN (L.). — Des fistules uréthro-rectales (*Thèse Paris*, 1875 N^o 251, 54 p.).
- DITTEL (L. V.). — Uber Communication zwischen dem Darmrohr und der untern Harnorganen (*Wien. Med. Woch.*, 1881, xxxi-260).
- FULLER (E.). — A new operative procedure for the cure of recto-urethral fistula (*J. of. ent. and. ger. uroi. dis.*, 1897, XV, 166-9).
- GIBBONS (R. N.). — The cure of uréthro-rectal fistula (*Philad. and J.* 1901, VI, 138-9 (1 fig.).
- GUYOT (P.). — Des fistules uréthro-rectales et de leur traitement en particulier. (*Thèse Paris*, 1901-2, N^o 309, 103 p.).
- LEJARS (F.). — La cure opératoire des fistules uréthro-rectales. Rapp. par Th. Anger (*Bull. et Mein. Soc. de Chir.*, 1894, XX, 603).
- QUÉNU (E.) et HARTMANN (H.). — Ouvrage cité, p. 335, I, 237).
- REVERDIN (J.). — Fistules uréthro-rectales. Opération. Guérison (*Disc. Morestier 14^e Cong. fr. de Chir.*, 101-865).
- TEDENAT (E.). — Des fistules uréthro-rectales (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1900, 463-472).
- TUTILE (J. P.). — Über urethro-rectal fistulen eine neue operation methode (*Monats d. Krankh. h. Horn-u. Sex. Appen*, Berlin 1897, II, 409 et 457).
- ZIEMBICKI (G.). — Une nouvelle méthode par la cure des fistules uréthro-rectales (*4^e Cong. fr. de Chir.*, 1889-295-301).
- CHAUVIN. — *Presse Médicale*, 38, N^o 103, 24 décembre 1930, p. 1763).
- LAHAYVILLE (Ch.). — L'interposition des releveurs dans la cure des fistules uréthro-rectales (*Marseille Médical*, N^o 23, 15 nov. 1920, p. 223).

PAPIN et DE BERNE-LAGARDE. — *Bull. soc. franc. d'Urol.* 6, 136-138, avril 15, 1917.

RAMA. — *Thèse Montpellier* 1926-27. Traitement des fistules uréthro-rectales.

ROCHET. — *Société de chirurgie de Lyon*, séance du 29 janvier 1925

SANCHEZ-COVISA (I.). — *Arch. franco-belges de chir.*, 31, 517-531, juin 1928.

— Recto-urétral congénital cade with imperforate anus (J. Dotti) (*Gazz. méd. lomb.* 86 : 41-44. March 25-27).

LE FUR. — *Fistules secto-urétrales en chirurgie de guerre* (*Journal d'Urologie*, 1917-1919, p. 503).

RICHER. — *Thèse de Lyon*, 1918.

GRAVES (Roger C.). — *Fistules uréthro-rectales à la suite d'une prostatectomie sus-pubienne, guérie par une opération en 3 temps* (*The Journ. of. Urol.*, vol. XXV, N° 1, janvier 1931, p. 101).

DESAULT (P. J.). — *Maladies des voies urinaires, dans Œuvres chirurgicales* recueillies par X. Bichat, t. III, p. 299).

MAHOT. — *Thèse de Paris*, 1837.

BÉGUI. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

COOPER (A.). — *Œuvres chirurgicales*, 1837.

HUNTER (John). — *Œuvres complètes* traduites de l'anglais, t. II, p. 387, 1839.

CIVIALE. — *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, II^e partie, p. 423-427-429, 1841).

BRODIE. — *Leçons sur les maladies des organes génito-urinaires*, p. 196-213, 1845.

BÉRARD. — *Dictionnaire en 30 volumes*, t. XXX, p. 122, 1846.

BOYER. — *Maladies chirurgicales*, t. VII, 5^e édition, p. 193 et suivantes, 1853.

MAISONNEUVE. — *Gazette des Hôp.*, p. 378, 1847, p. 572, 1849.

BRUNEAU. — *Thèse de Paris*, 1855.

VIDAL DE CASSIS. — *Pathologie externe*, 4^e édition. t. IV, p. 768-626-632-468, 1855.

NÉLATON. — *Eléments de pathologie chirurgicale*, t. V, p. 469.

VOILLEMIER. — *Traité des maladies des voies urinaires*, t. I, 1868.

DUVERGEY. — *De l'utilité de la radiographie dans le diagnostic et*

- le traitement des fistules uréthro-rectales (*Soc. franç. d'Urologie*, 11 fév. 1924).
- GRUBER et REISINGER. — Situs inversus et communication recto-urétrale dans un cas d'atrésie du rectum (*Zeitschrift, f. Urol. Chir.*, t. XIII, fascicules 1 et 2, 19 mai 1923).
- LENEUTRE. — Traitement des fistules uréthro-rectales. (*Thèse de Lyon*, 1918-1919, N° 44).
- LURZ. — Fistules recto-vésico-urétrales (*Zentralblatt f. Chirurgie*, 15 déc. 1923).
- PETIOFF. — Résection de l'urètre avec mobilisation *in situ* dans les rétrécissements cicatriciels des fistules (*Archives f. Kliniq. et Chir.*, 30 nov. 1922).
- ROCHET. — Traitement simple de certaines fistules uréthro-rectales (*Soc. de Ch. de Lyon*, 29 mai 1925).
- SANTY. — Tuberculose du rectum avec fistule recto-urétrale (*Soc. de Chir. de Lyon*, 14 mai 1925).
- STARK. — Fistules vesico-uréthro-rectales consécutives à la prostatectomie transvésicules (*Zentralblatt f. Chir.*, 10 mars 1923).
- VÖELKER. — Sur le traitement des fistules uréthro-rectales (*Zeitschrift, f. Urologie*, t. XVIII, Nos 10 et 11, 1924).
- CATHELIN. — Réunion des chefs de centre d'Urologie, 1918.
- COOPER. — Œuvres chirurgicales. Paris, 1837.
- DEVIN. — Des fistules uréthro-rectales (Paris. Thèse, 1875).
- DITTEL. — Vienne, 1881.
- ESCAT. — Traitement d'urgence des plaies de vessie et de l'urètre. Mai 1917. *Journal Urologie*.
- FLEURY. — Fistule U. R. symptomatique d'une phtisie pulmonaire tuberculeuse. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*. 1876.
- FULLER. — A new operatione procedure for the treatment of recto-urétral fistula. In *journal cutaneous and genitery diseases*, 1897.
- GAYET, CHAMPEL et FAYOL. — Un procédé pour l'extirpation large du cancer de la prostate *Journal d'urologie*. Mars, 1913.
- GUYOT. — Des fistules uréthro-rectales (Thèse de Paris, 1902).
- LE FUR. — *Paris chirurgical*, 1915-1918.
- LE FUR. — Blessures uréthro-rectales. *Journal d'urologie*, 1919.
- LEGUEU. — *Traité chirurgical d'urologie*, 1910.

MARION. — Rapport à la 4^e réunion des médecins-chefs de centre d'urologie, 1918. *Journal d'urologie*.

SCOTT. — *New-York médical*, 1870, vol. XII, p. 173.

OPPEL (von). — Zur operationen Tcheidung der rektouretral fistelus in Zeitschrift fur urologie, 1908.

ROCHET. — Chirurgie de la vessie, de l'urètre et de la prostate. Fistules uréthro-rectales. In *Annales maladies. Organes génito-urinaires*, 1905. Désinsertion aponévrose périnéale moyenne. in *Lyon chirurgical*, 1916.

SEGOND. — Nouveau procédé opératoire pour supprimer les fistules recto-vaginales chez les femmes dont le périnée est intact. *Bulletin et mémoire. Société de chirurgie de Paris*. 1895.

TEDENAT. — Des fistules uréthro-rectales. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1900.

THOMPSON. — Traité des maladies des voies urinaires. Traduction : Ed. Martin, Labarague, Campenon. Paris, 1874, p. 281.

TILLAUX. — Chirurgie clinique. T. II.

YOUNG et H. STONE. — A new operatione for recto-uretral fistula. *Journal of urology*. June, 1917.

ZIEMLICKI. — Congrès de chirurgie de Paris. Séance 8 octobre 1889, p. 285.

WILDBOLZ. — Eni neue methode zur Haslung von rektouretral fistelu. *Monat. blat. fur urologie*, 1906, t. XI, p. 157.

COCTEAU. — Thèse d'agrégation. Paris, 1869.

ROSER. — Eléments de pathologie chirurgicale, traduction de Culman et Seugel, p. 486-487 (1869).

MOUGIN. — De l'épididymite caséuse, thèse de Paris, 1873, (abcès de la prostate, p. 27-28).

DELFAU. — Thèse de Paris, 1874, Tubercules de la prostate.

THOMPSON. — Voies urinaires, p. 281 (1874).

M. SCHWARTZ. — *Union médicale*, 2 juillet 1874.

Thèse de RAMA. (Montpellier, 27). *Traitement des fistules uréthro-rectales* (et en particulier par la myorraphie interurétror-rectale des releveurs.

CHAUVIN. — Fistules uréthro-rectales, myorraphie interurétror-rectale des releveurs. Guérison. *Soc. franç. d'Urol.*, 1926.

CLAIRMONT. — La fermeture des fistules lobées internes par interposition des lobules graisseux pédiculés.

A consulter :

- DUPLAY. — Traité de Path. Externe.
- DEVIN. — Thèse. Paris (Thèse, 1875), n° 251, 54 p.
- ALBARRAS. — Traité de Médecine opératoire des voies urinaires.
- REVERDIN (S.). — F. U. R., Opération. Guérison. Disc. Mores-tier 14^e Cong. fr. de Chir., 1901-865.
- ZIEMBICKI (G.). — Une nouvelle méthode pour la cure des F. U. R. 4^e Cong. fr. de Chir., 1889-295-301.
- LEJARS (F.). — La cure opératoire des F. U. R. Rapp. par Th. Auger. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1894, XX, 603.
- GUYOT (P.). — Des F. U. R., et de leur traitement en particulier. Thèse. Paris, 1901-2, n° 309 (103 p.).
- BRAQUEHAGE (J.). — A propos d'un cas de F. U. R. *Bull. de l'hôp. civil français de Tunis*, 1902, n° 4-81-85.
- Traitement des F. U. R. (et en particulier par la myorraphie inter-urétro-rectale des releveurs). Thèse de Rama (Montpellier, 1927).
- L'interposition des Releveurs dans la cure des F. U. R., par D. Latraverse. *Marseille Médical*, n° 23. 15 nov., 1930.
- Atrésie congénitale de l'anus et de l'urètre. F. U. R. Cure de la fistule par la myorraphie inter-urétro-rectale des Releveurs. Dr Chauvin. *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie de Marseille*. Séance du 11 juillet 1927.
- F. U. R. Myorraphie inter-urétro-rectale des Releveurs. Guérison, par M. Chauvin (de Marseille).
- Rapport de M. Maisonnnet.
- Société française d'urologie.
- Séance du 15 mars 1927.
- P. SAUTY. — Tuberculose du rectum avec f. u. r. et rétrécissement ampullaire. *Lyon chirurgical*, t. XXII, n° 5, sept-oct., 1925.
- Sur un traitement simple de cutanés F. U. R. Rochet, *Bull. de Soc. de Chir. de Lyon*, 29 janvier 1925.

Saint-Amand (Cher). — Imp. R. BUSSIÈRE. — 27-3-1933
